VII. Jahrgang. Wien, 31. December 1893. Nr. 53.

„Internationale Klinische Rundschau“ jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen „Klinische Zeit- und Streitfragen“ jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2.50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsenduug des Betrages an die Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I. Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internat. Klinischen Rundschau“ I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaktion bestimmte Sendungen, Zeitschriften etc. sind zu adressiren: An die Redaktion der „Intern. Klin. Rundschau“ Wien I. Lichtenfelsg. 9

INTERNATIONALE KLINISCHE RUNDSCHAU.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

An unsere Leser!

Vom ersten Januar 1894 an soll die seit sieben Jahren bestehende

„Internationale Klinische Rundschau“

mit einem erweiterten Programm erscheinen, welches den im Titel angedeuteten internationalen Charakter des Blattes in noch höherem Grade zum Ausdruck bringen soll, als dies bisher geschah.

Zu diesem Zwecke haben wir eine Anzahl auswärtiger Autoritäten gewonnen, welche sich nicht nur an der Mitarbeiterschaft, sondern auch an der Redaction unseres Blattes betheiligen werden, und wir haben bisher Zusagen von folgenden berühmten Klinikern erhalten: **Baccelli** (Rom), **Bassini** (Padua), **Bernheim** (Nancy), **Buchanan** (Glasgow), **Crocq** (Brüssel), **Fraser** (Edinburgh), **de Giovanni** (Padua), **Heryng** (Warschau), **Huchard** (Paris), **Ladame** (Genf), **Leichtenstern** (Köln), **Morselli** (Genua), **Murri** (Bologna), **Oertel** (München), **Rosenbach** (Breslau), **Semmola** (Neapel), **Thiry** (Brüssel).

Wir freuen uns bald Gelegenheit zu haben, Arbeiten aus der Feder dieser ausgezeichneten Geehrten und solche, die aus deren Kliniken hervorgehen, in unserem Blatte veröffentlichen zu können. Es wird weiterhin das Bestreben der «Internationalen Klinischen Rundschau» sein, in ihrer «Zeitungsschau» eine wahrhaft internationale Uebersicht über die Fortschritte unserer Wissenschaft zu bieten, und ebenso in den kritischen Referaten alle beachtenswerthen Erscheinungen einer eingehenden Würdigung zu unterziehen. Die Verhandlungen in- und ausländischer Gesellschaften und Congresse sollen nach wie vor besondere Berücksichtigung finden; die Standesfragen werden von berufener Seite entsprechende Behandlung erfahren. Die monatlich erscheinende Beilage «Therapeutische Blätter» wird unsere Leser über die Fortschritte der Heilmittellehre im engeren Sinne unterrichten. Die grosse Anzahl trefflicher Referenten, welche wir im Laufe der letzten Jahre zu gewinnen so glücklich waren, im Vereine mit den hervorragenden Autoritäten, welche vom 1. Januar 1894 an einen Theil ihrer Kraft unserem Blatte widmen wollen, wird es uns ermöglichen, die «Internationale Klinische Rundschau» zu einem Journale zu gestalten, welches, ganz abgesehen von seinem selbstständigen Werthe, auch neben jedem anderen Blatt gerade durch die Eigenart seiner Bestrebungen und seinen vorwiegend internationalen Charakter, als eine geradezu nothwendige Ergänzung wird gelten müssen.

Für die Redaction

der

„Internationalen Klinischen Rundschau“

Dr. Arthur Schnitzler.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern

Die Behandlung der Blepharitis, des consekutiven Ektropium post blepharitim und Ektropium senile, s. sarcomatosum.

Von

Dr. Fukala, Augenarzt in Pilsen.

(Fortsetzung und Schluss.*)

Das Ektropium post Blepharitim.

Dieses ist neben den Ektropien nach Verbrennungen und nach Caries die häufigste Form; die Ursache der Häufigkeit liegt in dem häufigen Vorkommen der Blepharitis bei jungen und älteren Leuten. Da die Lidrandentzündung ein Leiden ist, welches der ärztlichen Behandlung hartnäckigen Widerstand leistet und besonders häufig recidivirt, begünstigt ein Uebel eine Reihe von consecutiven anderen; die Reizung der Conjunctiva trägt zur Zunahme der Geschwüre am Lidrand bei; consecutiv entwickelt sich daraus im reflectorischen Wege ein reichlicher Thränenfluss, in Folge dessen die übermässigen Thränen nicht auf normalem Wege durch den Thränensack zur Nase hin abgeleitet werden können, sondern über den Lidrand auf die Wange hinabfliessen. Ist der Zustand einmal zu diesem Grade gediehen, dann ist eine Rückkehr der unteren Lider zur Norm nicht mehr möglich.

Zwei Momente sind es, die die Entwicklung des Ektropiums in solchen Fällen befördern; vor Allem wird der untere Thränenpunkt aus dem Thränensee nach aussen hin evertirt; so, dass bald darauf die normale Thränenableitung gänzlich aufhört. Aus diesem Uebel entwickelt sich Anfangs langsam, später ziemlich rasch ein zweites: Acute Dermatitis des unteren Lides und Wange, die mit der Zeit in chronischen Zustand übergeht und nun entsteht durch die Schrumpfung der Haut am unteren Lid das Ektropium, gegen welches jede medikamentöse Behandlung vergeblich angewandt wird.

Neben Salben und Collyrien sind gegen dieses Ektropium oft auch die operativen Eingriffe ganz vergeblich; da das Uebel in der oculistischen Praxis häufig vorkommt, ist gegen selbes eine Reihe von verschiedenen Operationsmethoden angewandt worden und letzter Umstand allein beweist, dass solche Ektropien schwer heilbar sind.

Ich habe seit 2 Jahren gegen dieses Ektropium eine Methode angewandt, welche sich in jeder Beziehung vollkommen bewährt hat. *Sie besteht darin, dass die Lidhaut vom Knorpel nach der bekannten v. Graefe's Weise*[4]) *in der ganzen Länge des Lides lospräparirt und hierauf den Rand des Knorpels sammt der an ihm haftenden Bindehaut an die Lidhaut, jedoch viel tiefer, der ganzen Länge und Fläche nach angenäht wird.* Es wird nach der Lospräparirung der Haut vom Knorpel, was nur in der Narkose möglich ist, im äusseren Winkel ein dreieckiges Stück von der Haut, in derselben Weise, wie v. Graefe es angegeben hat, herausgeschnitten; dadurch soll der in der Regel verlängerte Lidrand kürzer gemacht werden und richtet sich selbstverständlich stets die Breite des herauszuschneidenden Dreieckes nach der Verlängerung des Lides. Die Nähte werden nach derselben Weise angelegt, wie bei der Snellen'schen Fadenoperation[5]); es wird nämlich zuerst die Nadel nahe vom äusseren Winkel und etwa 4 *mm* von den Wimpern nach abwärts und von aussen in die Lidhaut senkrecht, in den neugebildeten Wundraum hineingestochen und sodann in entsprechend gleicher Stelle (d. h. ebenso weit vom Lidwinkel), *jedoch knapp am oberen Rand* in den Knorpel gegen den Bindehautsack hineingeführt; nun wird die Nadel retour durch den Knorpel einige Millimeter nach einwärts, in gleicher Höhe nach aussen hineingeführt, sodann etwa 3—5 *mm* tiefer in die Haut nach aussen herausgestochen; Ein- und Ausstich liegen im Knorpel in gleicher Höhe; ebenso auch in der Haut; nun werden die Fadenenden über einer Perle oder Heftpflasterrolle zusammengeknüpft; *durch diesen Faden wird der Knorpel an die Haut unter den Lidrand befestigt.* Solche Nähte werden 2—3 nebeneinander angelegt und die Fäden 3—4 Tage liegen gelassen; sie werden ohne Reaction vertragen; Verband. Die nächste Wirkung dieser Operation ist die, dass der ektropirte Theil der Conjunctiva und des Tarsus an eine entsprechend tiefere Partie der Lidhaut adaptirt wird; und da hier zwei frische wunde Flächen sich innig berühren, muss eine dauernde Verwachsung eintreten.

Diese Operationsmethode unterscheidet sich von der von Graefe geübten darin, dass der lospräparirte Haut- und Tarsustheil je nach *Wunsch des Operateurs* genau aneinandergepasst werden können und in dieser Stellung vermöge der angelegten Nähte aneinanderzuwachsen gezwungen sind; bei der Methode v. Graefe's hingegen ist das Aneinanderwachsen von unangenehmen Zufällen abhängig. v. Graefe hat nämlich mittelst Fäden, die an die Stirne befestigt wurden, angestrebt, dass der Hautlappen sich nicht zurückziehen und nicht schrumpfen solle. Leider hat dies nur wenig Wirkung, da einerseits das Anspannen der Haut zumeist ein unangenehmes Gefühl von Spannung, später Schmerz verursacht, so dass die Operirten oft das Wegnehmen der Fäden verlangen; auch kann das Anziehen des Hautlappens Anschwellung und anderweitige unangenehme Folgen haben; die nachträgliche Schrumpfung zieht gleichfalls die (meist entzündete) Haut nach abwärts und bedingt einen weiteren Rückfall des Leidens; mit einem Wort, die Methode sichert vor Recidiven nicht; Auch die Samson'sche Methode, einen dreieckigen Hautlappen, mit der Spitze nach abwärts loszupräpariren und in einer höheren Lage durch Knopfnähte zu befestigen, gibt zu wenig aus, da das Ektropium vermöge der wenig veränderten Lage des Tarsus und der nachträglichen Hautschrumpfung recidivirt.

Die von mir angegebene Methode muss auch unbedingt sicherer wirken, als die Snellen'sche Fadenoperation; die Fäden haben zwar eine sehr sinnreiche Wirkung, aber die Dauer derselben kann nicht lange sein; sie sichert keineswegs vor Recidiven, da nach dem Entfernen der Fäden die alte Stellung des Lides langsam eintritt.

Es ist daher das von mir geschilderte Verfahren eine Combination der Methoden v. Graefe's und Snellen's; die Mängel der einen Methode werden durch den Vortheil der zweiten Methode wechselseitig ergänzt; bei der v. Graefe'schen Methode fehlt das Annähen der wunden Flächen und bei der Snellen'schen fehlt das Zusammenwachsen zweier wunden Flächen; und nur dann kann das Ektropium nicht recidiviren, wenn beide Factoren gleichzeitig zusammenwirken.

* * *

Ektropium senile et sarcomatosum.

Es ist dies ein Bild, welches man bei älteren Leuten und nach Trachom oder lang dauerndem Bindehautkatarrh mit stärkerer Schwellung der Gewebe auch bei jüngeren Leuten vorfindet.

Auch diese Formen sind in Folge der Erschlaffung des Orbicularmuskels schwierig zu heilen, indem das Ektropium meist nach jeder bisher angewandten Methode recidivirte.

Mit ganz gutem und sicherem Erfolge operire ich diese Formen durch *Excision des ektropirten Theiles und nachträgliches Vernähen des Lidrandes mit der Conjunctiva.* Diese Methode ist ganz sicher, indem ein Rückfall nicht möglich ist und hat überdies den grossen Vortheil, dass sie ganz leicht auszuführen ist; sie behindert den Lidschlag nachträglich nicht und es werden die Operirten von keinem Thränenfluss belästigt. Vorerst löse ich den Knorpel im intermarginalen Theil von der Lidhaut los, wie bei der ersten Methode ab; hierauf wird ein Schnitt durch die Binde-

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 52, 1893.
[4]) Archiv für Ophthalmologie. IV., 2. Th., S. 201.
[5]) Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde. 1872. S. 36.

haut, paralell mit dem Lidrand geführt, wodurch die Ektropiumpartie, soweit sie frei nach aussen liegt, von der Bindehaut getrennt wird; hierauf fasst man den kranken Theil und schneidet ihn mit der Scheere ab; 4—5 Knopfnähte, durch welche die Bindehaut mit dem Rande der Lidhaut vereinigt wird, beschliessen den Operationsact. Bei partiellen Ektropien wird nur der entsprechende Theil des Knorpels ausgeschnitten. Ich habe Patienten, die nach dieser Methode operirt worden sind, zwei Jahre lang beobachtet, kann daher mit dem Erfolge zufrieden sein. Die nachträgliche Narbenkontraction trägt zur Verkürzung des verlängerten Lidrandes viel bei

* * *

Die Combination beider Methoden

Von grossem Vortheil ist schliesslich die Combination beider Methoden Ich habe nämlich zwei Mal bei der Operation nach der erstgenannten Methode den nach aussen liegenden Tarsus sammt der Bindehaut etwas zu wenig nach unten transplantirt. Die Folge dessen war, dass nachher ein sehr geringes Ektropium zurückgeblieben ist; letzteres kann hie und da vorkommen. Ich habe sodann das überbliebene partielle Ektropium nach der zweiten Methode excidirt. Der Eingriff war sehr gering und der Erfolg befriedigte vollkommen. In allen solchen Fällen erweist sich dieser Vorgang als ein sehr sicherer, einfacher und gefahrloser.

Von den systemisirten Wahnideen.

Ein klinischer Vortrag.

Von

Prof. Dr. Magnan in Paris.*)

(Fortsetzung und Schluss.)

Wir haben in unseren Krankensälen einen Paralytiker, bei dem die interstitielle Encephalitis in Remission begriffen ist, währenddem ein Verfolgungswahn sich bildet und um so deutlicher sich systemisirt, als die Besserung des genannten Processes fortschreitet. Zwei Mal hat ein Ictus die allgemeine Paralyse noch mehr erschwert und zwei Mal hat sich der systemisirte Wahnsinn eingestellt, um mit der Besserung der allgemeinen Paralyse wieder zum Vorschein zu kommen.

Diese Thatsachen dürfen nicht vernachlässigt werden, und erst letzthin war ich Zeuge eines schweren diagnostischen Irrthums in einem derartigen Falle: Eine Frau, die an einem Uterusfibrom leidet, wird der Untersuchung durch einen Chirurgen unterzogen, der sofort erkennt, dass hier ein operativer Eingriff nothwendig ist, der aber, angesichts des Vorhandenseins gewisser Hirnsymptome, die Vorsicht gebraucht, zwei Irrenärzte um ihre Meinung zu befragen. Der eine erklärt, dass die Patientin mit allgemeiner Paralyse behaftet ist, und dass man von einer Operation absehen müsse. Der zweite Irrenarzt hingegen erblickt in dem Falle nur hypochondrische Wahnideen, die von der Uterusläsion abhängen, und behauptet, dass die Abtragung des Tumors die Patientin heilen werde. Der Gatte sieht sich gegenüber den zwei entgegengesetzten Meinungen in die grösste Verlegenheit versetzt und will auch meine Ansicht vernehmen. Ich constatire vor allem das Vorhandensein von Hallucinationen mit Verfolgungswahnideen: sie wähnt ihren Mann in flagranti mit der Bonne getroffen zu haben; sie stösst ihn daher von sich, will ihn nicht mehr sehen und fordert ihn auf, ihr Zimmer zu verlassen. Kurze Zeit darauf setzt sie die Erzählung fort, und, da sie ihren Mann nicht mehr gewahrt, will sie einige intime Einzelheiten, ohne irgend welche Zurückhaltung in Gegenwart einer Person, die sie zum ersten Mal sieht, schildern.

Ausserdem finden sich bei ihr hypochondrische Gedanken und Gedächtnisslücken vor und seit einiger Zeit begibt sie sich in die ersten Stadtgeschäfte und macht hier ganz unnütze Einkäufe. Oft im Laufe des Gespräches kann sie viele Worte nicht deutlich aussprechen; auch besteht Ungleichheit der Pupillen.

Es handelt sich also in diesem Falle um eine allgemeine Paralyse mit Verfolgungswahnideen, d. i. mit einem systemisirten Wahnsinn. Angesichts dieser Verhältnisse liegt, wofern das Fibrom das Leben der Kranken nicht unmittelbar bedroht, die Nothwendigkeit einer Operation nicht vor.

Das sind die verschiedenen Psychosen, bei welchen Sie systemisirte Wahnideen beobachten können, und wo es nothwendig erscheint, die Diagnose genauestens festzustellen, um mit voller Sachkenntniss die Prognose formuliren zu können.

Dies vorausgeschickt, gehen wir nun daran jene Form der Wahnideen, denen man zuweilen beim chronischen Wahnsinn begegnet, und die systemisirten Wahnideen der Degenerirten zu studiren.

Der chronische Wahnsinn, der eine unheilbare Geisteskrankheit ist, einen chronischen Verlauf hat und im Allgemeinen durch einen complicirten Wahn charakterisirt erscheint, kann in gewissen Fällen die Form des systemisirten Wahnsinns annehmen. Indess, selbst dann ist die Natur der Affection leicht zu erkennen, wenn man die Besonderheiten in Betracht zieht mit denen wir uns jetzt befassen werden.

Der systemisirte oder auch nicht systemisirte chronische Wahnsinn manifestirt sich nur ganz ausnahmsweise unter 30 Jahren. Seine Entwicklung beginnt fast immer in der Periode zwischen dem 30. und 40. Lebensjahre. Er entwickelt sich bei Subjecten, deren Gehirn bis zu jener Zeit vollkommen normal gewesen ist und die in keinem Abschnitt ihres Lebens irgend welche Geistesstörung gezeigt haben. Der Wahnsinn tritt nicht plötzlich auf. Während einer variablen Periode, die jedoch von einer Dauer von nicht weniger als zwei oder drei Jahren ist, zeigen die betreffenden Individuen einige Hirnstörungen, einen gewissen Grad von Trübsinn und Gleichgewichtsstörung der Geisteskräfte, jedoch nichts, was auf das Vorhandensein einer Geisteskrankheit schliessen liesse. Diese erste Periode, das Prodromalstadium, erscheint nothwendig bei der Entwicklung des Wahnsinns. In der That scheint es, dass diese so schwere Geisteskrankheit nicht mit einem Male in einem bisher gesunden Gehirn auftreten könne, und ich will besonders hervorheben, dass sie bei normalen Individuen zur Entwicklung kommt.

Nach Ablauf von zwei oder drei Jahren tritt der Wahnsinn auf, und man beobachtet in der systemisirten Form, der einzigen, die uns hier jetzt beschäftigt, den Verfolgungswahn. Der Kranke beginnt zu glauben, er sei von lauter Feinden umgeben; er glaubt ausspionirt zu werden; er meint Stimmen zu vernehmen, die ihn bedrohen.

Von da an befindet man sich gegenüber einem scharf gekennzeichneten Wahnsinn, und zwar in seiner schwersten Form, in dem Sinne, dass er nicht mehr zurückweicht, dass er endgiltig und unerbittlich sich bei dem Kranken festgesetzt hat.

Die Dinge bleiben in einem solchen Zustande mehrere Jahre lang, zehn, zwölf und noch mehr Jahre.

Nach Ablauf dieser Zeit ändert der Wahnsinn die Form, behält jedoch seinen systemisirten Charakter bei: er entwickelt sich zu einem Grössenwahn.

Diese Kranken, die sich bisher verfolgt wähnten, halten sich nunmehr für befähigt, die höchsten Stellen im Staat und Gesellschaft zu bekleiden: sie sind grosse Männer, Monarchen etc. Diese neue Form, die allmälig sich herausbildet, dehnt sich gleichfalls auf mehrere Jahre hinaus, dann tritt an ihre Stelle der mystische Wahnsinn, die Theomanie und die Daemonomanie.

Nachdem der chronische Wahnsinn unter dieser systemisirten Form lange Zeit gedauert, zuweilen 25 bis 30 Jahre, endet er mit einer hochgradigen allgemeinen Abschwächung der Hirnfunction, die bis zum Tode des betreffenden Individuums andauert.

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 51, 1893.

Aus dem Gesagten ersehen Sie die Differenz der Prognose, die, wie ich bereits Eingangs erwähnte, zwischen diesem systemisirten Wahnsinn und demjenigen, den man bei einem Alkoholiker beobachten kann, besteht. Was uns die chronische Form von den übrigen Formen zu unterscheiden gestattet, ist das constante Vorhandensein beim chronischen Wahnsinn einer Vorbereitungsperiode, eines vorher vollkommen normalen Gehirnzustandes, des ersten Auftretens der Zufälle nach dem 30. Lebensjahre.

Ohne gerade sehr häufig zu sein, sind die Fälle von chronischem systemisirten Wahnsinn doch nicht so selten.

Ich zeige Ihnen hier eine Patientin, die sich auf unserer Klinik zum zweiten Male befindet und die ein bemerkenswerther und vollkommener Typus ist dieser Form des chronischen Wahnsinns.

Es handelt sich um eine Frau, die gegenwärtig 49 Jahre alt ist. Nie hat sie in ihrer Jugend irgend welche Geistesstörungen dargeboten; sie ist frei von jeder nervösen und hereditären Belastung. Sie verehelichte sich im Alter von 21 Jahren und sie wurde Mutter eines Kindes, das sie einige Jahre später verlor. Dieser Todesfall hat sie tief betrübt, ohne aber, dass es etwas abnormes in dieser Trauer gegeben hätte, ohne dass diese letztere von irgend welchen psychischen Störungen begleitet worden wäre.

Einige Jahre später, im Alter von 32 oder 33 Jahren, begann sie manche abnorme Symptome, eine intellectuelle Gleichgewichtsstörung darzubieten; kurz sie trat in das Prodromalstadium ein, welches ich weiter oben besprach.

Bei unserer Kranken scheint diese Periode, deren Beginn sehr schwer präcisirt werden kann, drei bis vier Jahre gedauert zu haben. Nach Ablauf dieser Zeit stellten sich die ersten Zeichen des Wahnsinns ein: sie sah sich von feindlich gesinnten Personen umgeben; sie hörte Stimmen, die ihr beleidigende und drohende Worte zuriefen; sie glaubte auch von Spionen umgeben zu sein.

Diese Periode des Verfolgungswahns hat elf Jahre gedauert. Während elf Jahre hat diese unglückliche Frau ihre Feinde zu fliehen gesucht; sie hat oft Wohnung gewechselt. Während dieser elf Jahren fasste sie gegen ihren Mann, mit dem sie früher sehr glücklich gelebt, einen unsäglichen Hass. In diesem Zustande wurde sie zum ersten Male im Jahre 1890 in unsere Klinik aufgenommen. Nach einigen Monaten einer relativen Ruhe wurde sie ein wenig gebessert, und sie konnte aus dem Krankenhause entlassen werden.

Vor einiger Zeit kehrte sie zu uns zurück, aber ihr Wahnsinn zeigte eine ganz andere Richtung. Sie erinnert sich der Verfolgungen, die sie so sehr gequält, aber ihr Wahnsinn strebt nunmehr einem anderen Ziele zu: sie soll zur höchsten Macht gelangen, sie wird zum Chef der Staatsverwaltung in Frankreich ernannt werden.

Welches ist die Prognose bei dieser Kranken? Im Allgemeinen nimmt die Krankheit den Verlauf, den ich Ihnen angegeben: d. h. die Patientin wird noch eine Zeitlang in diesem Zustand verharren, der dann mit Demenz enden wird. Die nächste Prognose ist viel schwerer festzustellen. Ihre Hirnfunctionen sind noch sehr thätig. Bisher hat sie nie versucht an ihren Verfolgern Rache zu nehmen, und wahrscheinlich wird es eine Zeitlang noch so bleiben. Wenn es möglich wäre, sie auf dem Lande streng isolirt leben zu lassen, dann könnte man sie wahrscheinlich ohne irgend welche Gefahren in ihrer Freiheit belassen. Wenn sie jedoch in der Stadt leben soll, so wird sie fortfahren, sich über ihre Umgebung zu beklagen, vor allem in Folge der hohen Stellung, die sie einzunehmen wähnt. Unter diesen Verhältnissen ist ihre Internirung absolut nothwendig, und sie ist dazu verurtheilt, aus einer Irrenanstalt nicht mehr herauszukommen.

Die zweite Gruppe des systemisirten Wahnsinns, die ich noch heute besprechen will, der systemisirte Wahnsinn der erblich Degenerirten, bietet ebenfalls einige besondere Charaktere dar, die ihn leicht erkennen lassen.

Bei den erblich Entarteten beobachtet man psychische Störungen im Allgemeinen früher als bei den mit chronischem Wahnsinn behafteten Individuen. Dieses frühe Auftreten des Wahnsinns hängt mit ihrer geistigen Degeneration zusammen, die sie mehr zu Wahnideen prädisponirt.

Wir haben gesehen, dass beim chronischen Wahnsinn eine Art Vorbereitung nothwendig ist, um das bis dahin gesunde Gehirn in den gewollten Zustand zu versetzen, damit der Wahnsinn sich entwickle. Bei den erblich Degenerirten findet ein Gleiches nicht statt: ihr bereits vorbereitetes Gehirn bedarf nicht der Prodromalperiode, bei ihnen stellt sich daher der Wahnsinn mit einem Male ein. Ueberdies ist der Wahnsinn bei diesen letzteren nicht die erste psychische Manifestation, die beobachtet wird. Bevor sie Wahnideen zeigen, bieten sie verschiedene Störungen, vielfache Zeichen der geistigen Gleichgewichtsstörung dar. Sehr häufig hat man bei ihnen vorher abwechselnd Zustände von Depression und Exaltation beobachtet, die unter dem Einflusse ihrer geerbten Degeneration sich bilden.

Soviel hinsichtlich der individuellen Antecedentien.

Wenn der systemisirte Wahnsinn bei einem erblich Degenerirten zum Ausbruche kommt, dann erfolgt dies immer unter dem 30. Lebensjahre. Die systemisirten Wahnideen, die man alsdann beobachtet, haben verschiedene Charaktere: bald ist es ein Verfolgungswahn, bald ein Grössenwahn, bald ein religiöser Wahn, etc.

Was das Charakteristische des systemisirten Wahnsinns bei erblilch Entarteten bildet, ist die Leichtigkeit, mit der dieser auftritt, wieder verschwindet und von neuem ausbricht. Die ersten Anfälle gehen rasch vorüber, sie kehren jedoch, sei es unter derselben Form, sei es unter einer neuen Form, mit äusserster Leichtigkeit wieder.

Die ersten Anfälle heilen ohne irgend eine Spur zurückzulassen; in dem Masse jedoch, als sie sich wiederholen, zeigt sich die Intelligenz mehr und mehr ergriffen und die betreffenden Individuen, bei welchen die ersten Krisen im Allgemeinen nicht schwer sind, verfallen schliesslich in einen Zustand wahrer Demenz. Mit einem Worte: der systemisirte Wahnsinn der erblich Entarteten lässt nur eine ernste Prognose zu, und zwar nicht betreffs des Wahnsinnsanfalls an sich, sondern deswegen, weil seine fast unvermeidliche Wiederkehr und die Demenz als Endglied zu gewärtigen sind.

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

(Original-Bericht der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

Sitzung vom 22. December 1893.

Docent Dr. v. Hacker: *Ein Fall von Gastrostomie mit Sphincterbildung aus dem linken Rectus abdominis.*

(Autoreferat.)

Vortragender stellt einen 52jährigen Mann vor, bei dem er vor ungefähr 6 Wochen wegen impermeabler Oesophagusstrictur, bedingt durch eine auch ösophagoskopisch nachgewiesene carcinomatöse Ulceration, die Operation ausgeführt hat.

Der Fall ist deshalb interessant, da er zeigt, dass auch beim Erwachsenen ein Drainrohr allein die Fistel vollständig abschliessen kann, wenn eine reactionslose Heilung der Wunde zu Stande gekommen ist. Der Kranke ist, wie gewöhnlich in solchen Fällen, 8 Tage nach der Operation aufgestanden und schon am 12. Tage aus dem Sophienspitale entlassen worden. Das in die Fistel eingeführte Drainrohr ist durch einige Fäden an zwei parallel zur Linea alba aufgeklebte Heftpflasterstreifen befestigt.

Vortragender hat in früheren Fällen, etwa nach einer Woche, wenn die Kranken das Bett verliessen, das Drainrohr mit der als v. Hacker-Scheimpflug'sche bekannten Balloncanüle vertauscht, die den Verschluss sicher bewerkstelligt und wenn die Ballons aufgeblasen sind, dadurch von selbst in der Fistel fixirt ist. Zunächst

hat sich nun bei Kindern gezeigt, dass die nach dieser Methode ausgeführte Fistel durch die sphincterartige Rectuswirkung vollkommen durch ein eingeführtes Rohr allein abgeschlossen wird. Vortragender erinnert hier an einen im vorigen Semester in dieser Gesellschaft aus Hofrath BILLROTH's Klinik vorgestellten kleinen Knaben. Wegen einer impermeablen Laugenstrictur der Speiseröhre war von Herrn Prim. Dr. ZINSMEISTER in Troppau die Gastrostomie durch den linken Rectus abdominis angelegt worden; die Fistel wurde viele Monate lang durch ein eingelegtes Drainrohr, an welchem dort, wo es in den Bauchdecken lag, eine deutliche Einschnürung durch den Sphincter sichtbar war, abgeschlossen gehalten, bis die Magenfistel, nach ausgeführter Oesophagotomie und nach erfolgreicher Ausführung der vom Vortragenden angegebenen S o n d i r u n g o h n e E n d e, nicht mehr nöthig war. Die Fistel schloss sich in dem Falle, der zur vollständigen Heilung gebracht wurde, von selbst.

Einen ganz analogen Fall bei einem Knaben hat Vortragender gegenwärtig an der Poliklinik in Spitalsbehandlung. Die Gastrostomie hat Vortragender in diesem Falle im Juli 1893, gleichfalls wegen impermeabler Laugenstrictur, ausgeführt und ist die Fistel seitdem bis heute bei dem den ganzen Tag sehr lustig mit den anderen Kindern herumlaufenden und spielenden Knaben nur durch ein eingeführtes Gummirohr verschlossen. Vortragender konnte hier vor Kurzem, als er den Versuch machte, von der absichtlich etwas dilatirten Fistel aus mit dem Zeigefinger die Cardia zu tasten, was auch gelang, die einschnürende Wirkung des Rectus an seinem fast gefühllos werdenden Finger erproben.

Derselbe Abschluss kann, wie bei den Kindern, auch bei Erwachsenen erreicht werden, wie der vorgestellte Fall beweist.

Vortragender hat die Gastrostomie mit Sphincterbildung bisher in einem Viertelhundert von Fällen ausgeführt und war mit dem Resultate sehr zufrieden. Beeinträchtigt wurde dieses nur in ein paar Fällen, wo die Wunde nicht per primam heilte, und Nahteiterung auftrat. Letztere kommt dann leichter zu Stande, wenn die Kranken an heftiger Bronchitis leiden, da durch die Hustenstösse in den ersten Tagen nach der Operation die Nähte theils direct gesprengt, theils durch Herauspressen von Mageninhalt, neben dem Rohr inficirt werden können.

Ungünstig sind in dieser Hinsicht, was wohl für alle Methoden der Gastrostomie in gleicher Weise gelten dürfte, wie Vortragender an anderem Orte bereits ausgeführt hat, nach seiner Erfahrung vorgeschrittene Carcinome in der Höhe der Bifurcation der Trachea, bei denen oft schon früh Ulceration gegen die Trachea und die Bronchien mit Perforation besteht.

Vortragender macht darauf aufmerksam, dass diese Methode b e s o n d e r e B e d e u t u n g f ü r d i e g u t a r t i g e n N a r b e n s t e n o s e n h a b e, da hier die Sondirung vom Munde durch die Fistel oder umgekehrt leicht ausgeführt werden, auch die Fistel später leicht wieder verschlossen werden kann. Vortragender wendet sie auch beim Carcinom an, da sie in allen Fällen leicht ausführbar ist, die Kranken in 8 Tagen schon das Bett verlassen können und die Resultate darnach sehr befriedigende sind.

Vortragender kommt hierauf noch kurz auf die anderen in der neueren Zeit üblichen Methoden der Gastrostomie zu sprechen.

Bei der HAHN'schen Methode, die er zwei Mal mit sonst gutem Erfolge ausführte, hat er zuerst auf die dabei vorkommende Rippenknorpelnecrose und Eiterung dadurch hingewiesen, was dann auch andere (HADRA etc.) bestätigten. WITZEL's Verfahren der Canalbildung hat er ein Mal mit nicht ganz vollkommenem Resultate ausgeführt; andere haben über damit erzielte sehr gute Erfolge berichtet.

Das neueste von FRANK mitgetheilte Verfahren, das in einigen Fällen bei Carcinom sehr gute Resultate ergab, hat er noch nicht erprobt; es setzt dasselbe wohl ziemlich normale Grössen und Beweglichkeitsverhältnisse des Magens voraus. Die Priorität dieser Methode dürfte nach erst jetzt in die deutsche Literatur übergegangenen Berichten SSABANEJEW gebühren, der dieselbe schon früher erdachte und das erste Mal darnach im Mai 1890 operirte und im September 1890 in der Gesellschaft der Odessaer Aerzte darüber berichtete.

* * *

Dr. Müller: *Drei interessante ophthalmologische Fälle* (Demonstration.)

I. Ein Bauer erlitt durch den Tritt eines Stieres schwere Verletzungen an beiden Augen. Links ein mehrfacher Bruch des Orbitalrandes, Enophthalmus, Ruptur der Sclera und Aphakie. Am rechten unteren Augenlide eine grosse Risswunde, eine kürzere am oberen Lide, Ruptur der Sclera am Limbus (gleichsam Fortsetzung der beiden Verletzungen am Lide). Dieser Fall beweist, dass nicht alle Rupturen der Sclera als Contrarupturen aufzufassen sind, und dass solche auch am Orte der einwirkenden Gewalt entstehen können. Wenn ein Fremdkörper mit grosser Endgeschwindigkeit auf den Bulbus trifft, hat der Glaskörper keine Zeit auszuweichen und es entsteht dann eine Zerreissung im Corneo-Scleralfalze.

II. Die vorgestellte Patientin, welche sich mit einer Scheere ins Auge gestossen, zeigte nach Resorption des Blutextravasates auf der vorderen Capsel eine frei liegende Cilie, deren Spitze zwischen den Wundrändern eingeklemmt war. Interessant ist, dass die Cilie mit der Zeit an die hintere Fläche der Hornhaut zu liegen kam. Die jetzige Lage der Cilie gibt eine Indication zu deren Entfernung. Vortragender berichtet über einen selbst beobachteten Fall, wo zwei Cilien durch 34 Jahre am linken Auge getragen wurden; dieselben waren ganz glatt, nicht ausgeschilfert; nur hatten sie ihr Pigment verloren. In der Literatur sind bis jetzt über 120 Fälle bekannt.

III. Die dritte Patientin zeigt einen typischen H y d r o p s d e s S i n u s f r o n t a l i s. Stirne links bis an die Haargrenze vorgetrieben, temporalwärts eine bis zum äusseren Lidwinkel reichende Abstufung. Die Wand des Sinus rareficirt, Fluctuation zu fühlen. Nase gesund, kein periodischer Erguss von Schleim oder Eiter aus derselben. Patientin wurde bereits zwei Mal wegen eines Mammacarcinoms operirt, doch spricht die kurze Zeit des Bestandes dieser Abnormität, sowie die Form und Ausdehnung gegen eine Metastase.

* * *

Dr. Julius Schnitzler berichtet über Experimente, die er angestellt, um bei Thieren Pneumaturie zu erzeugen. Es gelang dies durch Infection der Harnblase diabetisch gemachter Thiere mit dem Bacterium coli. Auch bei einer an Pneumaturie leidenden Frau konnte SCHNITZLER dasselbe Bacterium im Urine nachweisen. (Die ausführliche Publication erfolgt später in diesen Blättern.)

* * *

Prof. Paltauf: *Zur Discussion über Aneurysmen.*

Der Begriff des Aneurysma ist bei den Chirurgen und pathologischen Anatomen kein einheitlicher. Es gibt Autoren, welche als «Aneurysma» nur die umschriebene Erweiterung des Arterienrohres, nicht aber die diffuse Erweiterung gelten lassen. Nur der Begriff der umschriebenen Erweiterung gibt eine gewisse histologische Einheit und einen gewissen fixen Punkt in der Aetiologie.

Der aneurysmatische Sack wird entweder von der ganzen Gefässwand oder nur aus einzelnen Theilen derselben gebildet. Die Grundbedingung zur Aneurysmabildung wird in allen Fällen gegeben durch eine D e h i s c e n z d e r M e d i a e l a s t i c a, welche wiederum entweder von einer angeborenen Schwäche, von Entzündungsprocessen parasitären Ursprunges oder von einem Trauma herrühren kann.

1. Das A n e u r y s m a c o n g e n i t a l e ist selten auf Arterien mittleren Calibers beschränkt, tritt meist multipel auf (oft 60—70), erreicht kaum Bohnengrösse, kann sich an einem Gefässe vielfach wiederholen. Die Wand derselben besteht aus der verdickten Intima und Adventitia, die Media elastica ist stets vollständig auseinandergewichen. Es findet sich schon bei sehr jungen Individuen, hat aber chirurgisch keine Bedeutung.

2. Zu den A n e u r y s m e n p a r a s i t ä r e n U r s p r u n g e s gehört:

a) Das parasitär-embolische Aneurysma, welches von einer Herzklappenentzündung ausgehen, durch Steckenbleiben eines Propfes oder durch Anlegen eines embolischen Gerinnsels, durch Mesarteritis und Endarteritis entsteht, häufig multipel auftritt und sich oft an den Gehirnarterien vorfindet. Die Wand desselben wird durch die verdichtete Adventitia gebildet.

b) Das Arrosionsaneurysma (besonders bei tuberkulösen Herden). Die Media ist hier meist gerissen, die Adventitia arrodirt, die Intima ausgeweitet. Die Granulationen der Cavernenwand hängen dann direct mit der Adventitia zusammen. Dieses Aneurysma findet sich nur an mittelgrossen Arterien, da kleine Arterien auf diesem Wege zum Verschlusse gelangen.

c) Die von Prof. CZOKOR angeführten durch Strongylus erzeugten Aneurysmen. Die Larven dieses Wurmes bohren sich in die Gefässwand ein und erzeugen zur Nekrose führende Entzündungsprocesse. Die Media wird zerstört, die elastische Membran zerrissen, so dass die Aneurysmawand durch die Adventitia und Reste der Media gebildet wird. Beim Ausheilen des Processes kommt es zu einer Wucherung von Seite des Epithels, so dass diese Aneurysmen eine glatte Wand haben.

3. Häufig ist das Aneurysma spontaneum, doch wird dieses oft mit dem Hämatoma arteriale zusammengeworfen. Es geht meist aus einer Zerreissung der Gefässwand hervor (Media und Intima). Zumeist heilen die Arterienrisse durch Wucherung des Endothels, die Narbe gibt aber leicht nach und es kommt dann so zu einem Aneurysma. Doch liegt die Ursache dieser Aneurysmen nur selten in Entzündungsprocessen. Meist treten sie bei starken Kraftanstrengungen auf, Schmerzgefühle gehen ihnen voraus.

Sie finden sich häufiger an der Aorta ascendens als an der Aorta descendens. Hierher gehört auch das Aneurysma popliteum, das sich in Folge des erhöhten Blutdruckes bei Nephritikern und nach überstandenen Herzerkrankungen (compensirten Herzfehlern) häufig findet. Eine Prädisposition der Arterien muss nothwendigerweise angenommen werden (auffallende Dünnheit, Brüchigkeit und Schälbarkeit). Die Arteriosclerose kann nicht die Ursache sein, da diese ein Entzündungsprocess ist, welcher zur Verdichtung der Gefässe durch Granulationsgewebe führt. Auch syphilitische Erkrankungen der Arterien begünstigen die Aneurysmabildung nicht.

Die Compression der Aneurysmen ist sehr empfehlenswerth, da hier alle Momente zur Thrombose gegeben sind; es kann auch so zu einem vollständigen Verschlusse des Gefässes kommen, mit Organisation des Thrombus. Dafür spricht ein von Docent HOCHENEGG vorgestellter Fall von Aneurysma der Arteria ulnaris.

Die bei Embolie angenommene Steigerung des Seitendruckes scheint keine Ursache zur Aneurysmabildung zu sein, da sonst die bei den meningealen Arterien so oft beobachteten Embolien öfters zu Aneurysmen führen müssten.

Das Aneurysma dissecans ist von den wahren Aneurysmen gänzlich auszuscheiden.

Vortragender demonstrirt nun ein Herzpräparat, welches einem 30 Jahre alten Manne entstammt, welcher beim Heben einer schweren Last plötzlich einen Stich am Sternum verspürte und bewusstlos zusammenstürzte. Linksseitige Hemiplegie, Krämpfe in der Rumpfmusculatur, linke Hand pulslos. Die Section ergab rothe Erweichung der Rinde, gelbe Erweichung der Marksubstanz. Herz hypertrophisch, Aorta schlaff und unmittelbar über den Klappen bis auf 15 *cm* erweitert; oberhalb der rechten Klappe ein zweizeitig entstandener Riss, wodurch es zu einem Aneurysma interparietale gekommen war. Arteria subclavia links durch das ausgetretene Blutgerinnsel ganz verschlossen, ebenso die Anonyma und Carotis sinistra. Die Gefässe sind bei ihrer ausserordentlichen Zerreisslichkeit sehr elastisch. Atherom ist nicht nachweisbar.

Dr. Em. Mandl.

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen

Ueber die Durchlässigkeit der Darmwand eingeklemmter Brüche für Mikroorganismen.

Von **Dr. Arnd** in Bern.
Aus dem bakteriologischen Laboratorium des Herrn **Prof. Tavel** in Bern.

Verlag von Carl Sallmann. Basel und Leipzig. 1893.

Vorliegende Brochure bildet das 4. Heft der «Mittheilungen aus Kliniken und medicinischen Instituten der Schweiz» und beschäftigt sich mit einer schon von NEPVEU, GARRÉ, CLADO, BÖNNECKEN, RITTER und ROVSING studirten, aber noch immer ungelösten Frage. Es ist nämlich noch nicht entschieden, in wie hohem Grade das Gewebe einer incarcerirten Darmschlinge geschädigt sein muss, um den im Darminhalt stets vorhandenen Bacterien den Durchtritt zu ermöglichen.

Verfasser ging in der Weise vor, dass er die Incarceration durch einen Gummiring erfolgen liess; die incarcerirte Schlinge lag in einem sterilisirten Condom, wodurch es möglich war, das Bruchwasser aufzufangen.

Das Bruchwasser wurde nun nach einer bestimmten Zeit unter allen Cautelen aufgefangen und bacteriologisch untersucht, die Incarceration gelöst und nun der Darm wieder in die Bauchhöhle reponirt, um Sicherheit darüber zu erlangen, ob man aus der Beschaffenheit des Bruchwassers Anhaltspunkte für die Reponibilität des eingeklemmt gewesenen Darmes gewinnen könnte.

Nach ARND's Untersuchungen ist der Kaninchendarm schon im Zustand leichter Circulationsstörungen für Bacterien durchgängig.

Ferner findet Verfasser ein gewisses Verhältniss zwischen dem Grad der Einklemmung einer Hernie und der Menge des vorhandenen Bruchwassers. Je mehr Bruchwasser vorhanden ist, um so länger und heftiger war die Hernie incarcerirt. Es wäre also auch eine incarcerirt gewesene Schlinge um so mehr in ihrer Vitalität bedroht (und deren Reposition um so weniger angezeigt) je mehr Bruchwasser sich vorfindet.

Dr. J. Schnitzler.

Ungarisches Archiv für Medicin.

Redigirt von **Prof. Dr. A. Bokai, Prof. Dr. F. Klug, Prof Dr. O. Pertik** und **Dr. W. Goldzieher** in Budapest.
Verlag von J. F. Bergmann. Wiesbaden 1893.

In den letzten Heften (II. Jahrgang) dieses schon mehrmals an dieser Stelle erwähnten Archives finden sich wieder eine Reihe von lesenswerthen Abhandlungen.

Prof. VELITS bringt einen Beitrag zur operativen Behandlung der Osteomalacie an der Hand eines relativ ansehnlichen Materiales. Er hat von der Castration gute Erfolge gesehen. Dr. LUMNICZER zeigt an der Hand einer Reihe genauer Beobachtungen die Schwierigkeiten, welche sich der Diagnose und Therapie der Herzverletzungen entgegenstellen. In einer zweiten Arbeit tritt Dr. LUMNICZER für die frühzeitige Massagebehandlung bei Fracturen ein. Eine ganze Reihe von Aufsätzen (von Dr. KOSSA, Dr. TAUSZK, Dr. PREISACH, Dr. MEISELS) beschäftigt sich mit der antifebrilen und anästhesirenden Wirkung des Formanilids. Prof. BOKAI theilt günstige Erfolge der Intubationstherapie bei Larynxstenosen mit und Prof. GENERSICH macht interessante Angaben über die Härte pathologischer Concretionen. Die Ausstattung ist die bekannt vortreffliche des BERGMANN'schen Verlages. *J. S.*

Zeitungsschau.

S. Engel (Berlin): **Zur Entstehung der körperlichen Elemente des Blutes.** (Archiv für mikroskopische Anatomie. Bd. 42 2. Heft. 1893.)

Die Untersuchungen wurden angestellt an Mäuseembryonen welche trächtigen weissen Mäusen zu verschiedenen Zeiten ihrer Schwangerschaft entnommen worden sind, dann an 2 Kindern mit linealer Leukämie, an einem 8jährigen Mädchen mit Purpura hämorrhagica mit secundärer Anämie, an einem früh geborenen Kinde und an jungen menschlichen Embryonen.

Die nach EHRLICH hergestellten Präparate wurden mit neutrophiler Lösung gefärbt, und wo es auf die Structur des Kernes ankam, wurden ausserdem Kernfärbmittel angewendet.

Die Untersuchung frischer Präparate brachte für Verfassers Zwecke ebensowenig Förderung wie Fixirung mit Osmiumsäure oder Behandlung mit Essigsäure. In Präparaten von einem 8 Tage

alten Mäuseembryo, welche mit Eosin-Methylenblau behandelt worden sind, findet man grosse kugelförmige Zellen, deren Durchmesser zwischen 9 und 20 μ und der des Kernes zwischen 5 und 13 μ schwankt.

Die Grössenunterschiede zwischen den einzelnen Blutkugeln, denjenigen von etwa 12—20 μ Durchmesser mit einem Kern von 6—13 μ einerseits und denjenigen von 9 μ Durchmesser und circa 6 μ Kerndurchmesser andererseits, lässt den Gedanken aufkommen, dass wir es hier mit Zellen von verschiedenem Alter zu thun haben.

Diese Annahme wird dadurch begründet, dass die Kerne der grossen Zellen fast ohne Ausnahme in Karyokinese begriffen sind, was bei kleineren Exemplaren nie der Fall ist.

Ausser diesen Zellkugeln besitzt das embryonale Mäuseblut in diesem Alter keine körperlichen Blutelemente und Verfasser zieht den Schluss, dass die grossen kugelförmigen Zellen mit einem relativ kleinen Kerne und bedeutendem Reichthum an Hämoglobin im Zellprotoplasma als die ersten Blutkörperchen der weissen Maus anzusehen sind. Aus diesen Mutterzellen (Metrocyten), wie sie Verfasser nennt, lassen sich alle körperlichen Elemente des Blutes beim Erwachsenen ableiten. Nur die Metrocyten theilen sich unter Karyokinese.

In den älteren Stadien der Entwickelung findet man keine grossen Metrocyten mehr, sondern nur Metrocyten zweiter Generation (Metrocyten-Tochterzellen), die viel kleiner sind und niemals unter Karyokinese sich theilen.

Der Kern liegt theils in der Mitte, theils am Rande des Blutkügelchens. Einige von diesen Metrocyten mit randständigem Kern sind in der Weise langgestreckt, dass der Kern ganz an einer Seite der Zelle zu liegen kommt, während der Protoplasmaleib nach Art eines Kometenschweifes nachgezogen erscheint. Derartige Zellen fand Verfasser auch in den Blutpräparaten von Menschenembryonen aus dem zweiten Monate.

In der Mehrzahl der Fälle findet man, dass sich um den Kern herum eine Art Saum von dem übrigen Zellleibe abhebt, so dass der Kern von einer faltigen Halskrause umgeben erscheint. Die Abtrennung schreitet weiter vor sich, bis aus dem Metrocyten zweiter Generation zwei körperliche Elemente des embryonalen Blutes hervorgegangen sind:

a) Kern plus hämoglobinhaltigen Protoplasmasaum = kernhaltiges rothes Blutkörperchen und

b) der Rest des kernhaltigen Metrocyten = grosses kernloses rothes Blutkörperchen, Ehrlich's Megalocyt, rothes Blutkörperchen erster Generation.

Zum Beweise, dass thatsächlich der Kern mit der hämoglobinreichen Protoplasmakrause herausgetreten ist, dient Verfasser die grosse Anzahl sehr kleiner intensiv gefärbter Kerne mit schmalem aber stark tingirtem Hämoglobinsaum.

Die ganz jungen Kerne haben einen noch unentwickelten Bau, doch lässt sich eine Vervollkommnung gegen den Kern der Metrocyten zweiter Generation schon erkennen.

Die Grösse und die zerrissene Oberfläche der zurückgebliebenen kernlosen rothen Blutkörperchen, ihre helle Orangefarbe sowie ihre unregelmässige Form unterscheidet sie von den neben ihnen liegenden kernlosen rothen Blutkörperchen, welche auch im späteren Alter persistiren.

In Präparaten aus älteren Stadien findet man also:

1. unveränderte Metrocytentochterzellen,
2. in die Länge gezogene Metrocyten,
3. Metrocyten mit frei werdendem Kern,
4. freie kernhaltige rothe Blutkörperchen und
5. Megalocyten.

Die kernhaltigen rothen Blutkörperchen erleiden noch weitere Veränderungen, indem der Kern wieder aus der Zelle austritt; es bleibt dann wiederum ein kernloses rothes Blutkörperchen — rothes Blutkörperchen zweiter Generation (Normocyt) zurück, welches sich von dem rothen kernlosen Blutkörperchen erster Generation in mancher Hinsicht unterscheidet. Sehr bald verwischen sich aber die Differenzen, so dass endlich unmöglich wird, die Herkunft der einzelnen Blutkörperchen zu diagnosticiren.

Was geschieht denn mit dem Kern nach seinem Austritte aus dem kernhaltigen rothen Blutkörperchen?

Der Kern nach seinem Austritte hat einen Durchmesser von circa 3 μ, welcher allmälig bis zu 10—12 μ heranwächst. Die herangewachsenen Kerne lassen sich von farblosen Blutkörperchen nicht mehr unterscheiden.

Zum Beweise diene, dass

1. einzelne Kerne den Leukocyten schon zum Verwechseln ähnlich, auch von den stark aufgehellten rothen Blutkörperchen umgeben sind,

2. einige wenige dieser Körperchen eine sehr feine neutrophile Körnung zeigen.

Die Blutplättchen kommen in den mit neutraler Lösung gefärbten Präparaten als violette Plättchen vor, die in Häufchen zusammenliegen. Je mehr aber die Farbe der Blutplättchen zum Blau oder Blaugrün hinneigt, um so weniger lassen sich die Plättchen von einander unterscheiden

Verfasser nimmt an, dass die Blutplättchen analog den weissen Blutkörperchen, aus den kernhaltigen rothen Blutkörperchen hervorgehen, in der Weise, dass der Kern des kernhaltigen rothen entweder zum farblosen Blutkörperchen wird, oder seine Structur verliert, die tinctorielle Eigenschaft des Kernes aber noch behält und die Uebergangsform bildet, oder drittens sowohl die Kernstructur als auch die Fähigkeit, Kernfärbemittel anzunehmen, einbüsst und zum Blutplättchen degradirt wird.

Damit im Einklange steht die Angabe von Lilienfeld, nach welcher die Blutplättchen gleich den Kernen Nuclein enthalten.

Dieselbe Mannigfaltigkeit an Elementen bietet das Blut eines menschlichen Embryos von 5 *cm* Länge.

Das Blut eines früh geborenen Kindes am 16. Lebenstage enthielt:

1. Normale rothe Blutkörperchen mit Delle.
2. Rothe Blutkörperchen ohne Delle.

Die letzteren beherbergen in sich die künftigen weissen Blutkörperchen, die «wie eine zusammengedrückte Spiralfeder» nach Zerreissung des Mantels des rothen Blutkörperchens «herausschnellen».

Zur Stütze dieser Ansicht führt Verfasser eine dritte Art von zelligen Gebilden, die weisse Blutkörperchen darstellen und die noch mit einer hämoglobinhaltigen Kappe versehen sind. Das sind eben die rothen Blutkörperchen ohne Delle, aus denen die weissen herausgeschnellt sind.

Im erwähnten Blute fand Verfasser des Weiteren:

4. Polynucleare Zellen mit neutrophiler Körnung.
5. Eosinophile Zellen.
6. Mastzellen.
7. Ehrlich's Uebergangszellen.

Blutplättchen konnten nicht nachgewiesen werden.

Bei jungen Kindern war die Zahl der Leukocyten eine auffallend geringe. Bei etwas älteren und namentlich bei solchen, die an secundären Anämien und linealer Leukämie litten, war die relative Häufigkeit von noch zusammenhängend rothen und weissen Blutkörperchen auffallend.

[Jedem, der mit der Histologie des Blutes nur einigermassen vertraut ist, müssen diese Angaben des Verfassers auffallen und Zweifel an der Richtigkeit derselben erwecken. Mir scheint, dass die Annahme nicht von der Hand zu weisen ist, dass Verfasser durch Kunstproducte getäuscht wurde. Nur dadurch wären überhaupt die auffallenden Speculationen des Verfassers erklärlich. Bei näherer Betrachtung der beigegebenen Abbildungen, bekommt man thatsächlich Gebilde zu Gesicht, die entschieden nur als Kunstproducte gedeutet werden können. So z. B. Tafel XIV, Fig. 4 a, b, g., f., Tafel XV, Fig. 5 c. Referat.] *Rosenstadt.*

H. Mende: Die sogenannte Fraktur des Penis, nebst Mittheilung eines neuen Falles. (Centralblatt für Chirurgie. Nr. 49. 1893.)

Ein 40 jähriger Arbeiter war angeblich am 24. Juli 1891 mit erigirtem Penis im Dunkeln gegen eine Stuhllehne gerannt und fühlte im Penis einen heftigen Schmerz. Wegen Anschwellung und Unmöglichkeit, Urin zu lassen, am anderen Morgen Katheterismus. Es entleerte sich jedoch nur Blut. Daher Aufnahme in die chirurgische Klinik. Penis stark geschwollen, an seinem Symphysenansatz bläulich schwarz gefärbt. Vorhaut zurückgezogen, schlangenresp. S-förmige Krümmung des Gliedes mit nach unten gerichteter Konvexität. Haupteinknickung hinter der Glans, wo Fluctuation zu fühlen ist. Das ganze Scrotum sugilirt. Katheterismus gelingt nicht. Daher am 25. Juli Boutonnière mit Einführung und Herausleitung eines Nélaton aus der Dammwunde. Darauffolgend Abschwellung des Penis. Am 30. Juli Spaltung im vorderen Theile des Penis, wo sich die Harnröhre quer durchrissen zeigt. Am 7. August Anfrischung und Naht derselben. Am 27. August Entlassung bei noch offener Boutonnière. Doch tritt definitive Heilung mit völliger Herstellung der Form und Function ein.

Verfasser referirt dann 14 in der Literatur niedergelegte Fälle und geht zum Schlusse näher auf Entstehung, Symptomatologie, Verlauf und Ausgang des Leidens ein. Der Schwerpunkt liegt immer in dem Punkte, ob die Harnröhre verletzt ist oder nicht, und danach richten sich auch die eventuell nothwendig werdenden therapeutischen Eingriffe. Bei Retentio urinae wird es sich in erster Linie, falls der Katheterismus misslingt, um Längsspaltung an der unteren Fläche des Penis handeln und Aufsuchung des centralen Harnröhrenendes. Eventuell haben später plastische Operationen zu folgen.

Aus der medicinischen Abtheilung des allgem. Krankenhauses zu Gothenburg.

H. Köster: Zur Behandlung des Erysipels. (Vorläufige Mittheilung, — Centralbl. f. klin. Medicin. Nr. 38, 1893.)

Die neue Behandlung besteht in dem Bedecken der ergriffenen Partien und eines Theiles der umgebenden gesunden Haut mittels Pinsels mit einer mässig dicken Schicht von weisser Vaseline; auf diese wird, falls im Gesicht, eine Maske aus Leinenzeug mit Oeffnungen für Augen, Nase und Mund, falls anderwärts, ein gewöhnliches Stück Leinen gelegt, und das Ganze durch unter gelinden Druck angelegte Gazebinden befestigt. Zweimal täglich wird neue Vaseline aufgestrichen und dieselbe fettdurchtränkte Maske wieder aufgelegt und aufs Neue befestigt.

Die so erzielten Resultate sind äusserst günstige, und wie Verfasser durch Vergleich mit früher ausgeführten Behandlungsserien mit Jodeinpinselung, Ichthyol resp. Sublimatlanolin constatiren konnte, vollaus eben so günstige wie mit letztgenannten Mitteln. Das Fieber fiel in den meisten Fällen kritisch binnen einiger, gewöhnlich 2—3, Tage, der Schmerz und die Spannung in den angegriffenen Theilen wurde bald geringer und Recidive kamen nicht öfter vor als nach sonst angewendeten Mitteln. In einigen Fällen war der Erfolg überraschend. Patienten, die Abend mit 40° Fieber und mehr in Behandlung kamen, waren am folgenden Tage fieberfrei und die Ausbreitung des Processes hatte aufgehört. Allerdings war das Resultat nicht in allen Fällen gleich frappant; aber wenn auch in dem einen oder anderen Falle der Process sich weiter verbreitete, in den meisten blieb derselbe auf die angegriffenen Partien beschränkt. Ganz ähnliche Erfahrungen hat Verfasser von übrigen Mitteln, jedenfalls kamen die genannten Ausnahmen nicht öfters als bei Anwendung letzterer vor.

Die Methode ist nicht nur bei erysipelatösen Processen auf glatter Haut anwendbar, sondern hat auch nach Ergriffensein der behaarten Kopfhaut, ohne dass es nöthig gewesen wäre, die Haare zu entfernen, gute Resultate geliefert.

Die Vortheile dieser Behandlungsmethode sind ohne Weiteres deutlich. Dieselbe ist einfach, völlig gefahrlos, indem in der Vaseline für den Körper schädliche Bestandtheile sich nicht vorfinden, völlig reizlos, und deshalb für den Patienten angenehmer als Jodeinpinselung, Ichthyol oder Sublimatlanolin, die oftmals brennende Schmerzen hervorrufen und auch, wie in mehreren Fällen vorgekommen, recht heftige Reizerscheinungen hervorrufen können.

E. Mendel: Die Epilepsia tarda. (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 45, 1893).

Die Epilepsie nimmt in der Mehrzahl der Fälle in den ersten zwei Jahrzehnten ihren Anfang.

Für die als «späte» zu bezeichnende Form stellt Verfasser im Gegensatz zu anderen Autoren nicht das 30. sondern nach seinen Beobachtungen das 40. Lebensjahr als untere Grenze auf.

Am häufigsten erfolgt der Ausbruch der Epilepsie im Alter von 11—15 Jahren, doch fallen auch noch in die Zeit zwischen 30 und 40 eine ziemlich grosse Anzahl, während erst nach dem 40. Lebensjahr eine starke Abnahme zu verzeichnen ist. (Von den 904 vom Verfasser beobachteten Fällen trat bei 53, also 5·8% die Krankheit nach dem 40. Lebensjahre auf). Es wurde jedoch bis in das höchste Alter (bis zu 80 Jahren) erstes Ausbrechen der Krankheit beobachtet.

Die Epilepsia tarda tritt beim männlichen Geschlechte häufiger auf als beim weiblichen; hereditäre Anlage lässt sich in einer erheblichen Anzahl der Erkrankungen nachweisen. (Verfasser führt aus seinen Beobachtungen 2 Fälle in Kürze an).

Als directe Ursachen für den Ausbruch der Epilepsia tarda finden wir so wie bei der Epilepsie des frühen Lebensalters Schreck, traumatische Einflüsse (Verfasser erwähnt einen Fall, wo nach Einspritzungen in's Ohr bei einem 58 jährigen Mann und einen zweiten Fall, wo bei einem 42 jährigen Mann nach Ausbrennen der Nase der erste epileptische Anfall auftrat, dem sich dann in regelmässigen Zwischenräumen weitere anschlossen).

Schwangerschaft, Entbindung und Menopause scheinen für den Ausbruch der Epilepsia tarda von keiner besonderen Bedeutung zu sein, während bestehende Epilepsie durch letztere allerdings verschlimmert werden kann.

Manchmal gehen dem Ausbruch der Epilepsie jahrelang gastrische Störungen voraus, in anderen Fällen Herzbeklemmungen ohne organische Affection des Herzens, in anderen wieder organische Herzkrankheiten.

Auffallend ist das verhältnissmässig häufige Auftreten der nächtlichen Anfälle (Epilepsia nocturna).

Während bei der in jugendlichem Alter sich entwickelnden Epilepsie nach längerem Bestehen der Krankheit die Anfälle sich meist häufen, die Zwischenräume kürzer werden, scheint dies bei der Epilepsia tarda nicht der Fall zu sein.

Auch hat die Epilepsia tarda meist nicht den verderblichen Einfluss auf Intelligenz und Charakter wie die in der Jugend beginnende Epilepsie.

Es scheint das in der Entwicklung begriffene Gehirn dem verderblichen Einfluss der Krankheit mehr zu unterliegen als das vollentwickelte.

Die Therapie ist dieselbe: Brom, Belladonna, Atropin (subcutan), Vermeidung der Alcoholica, vegetabilische Kost. *B. S.*

Dr. R. Hatschek: Zur Behandlung der Prurigo mit Massage. (Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1893. Sonder-Abdruck.)

Hatschek unterzog 11, meist jugendliche (14—21 Jahre) Patienten der Klinik Prof. Kaposi, von denen 7 mit Prurigo agria, 4 mit Prurigo mitis behaftet waren, der von Murray in Stockholm (1889) empfohlenen Massage-Behandlung und konnte in allen Fällen constatiren, dass sie die symptomatische Indication der Beseitigung des Juckreizes, in eminentem Grade zu erfüllen im Stande ist. In Anwendung kam die einfache Effleurage, mit welcher an den dem Rumpfe zunächst liegenden Extremitätentheilen begonnen und allmälig gegen die peripheren Enden der Extremitäten vorgerückt wurde; die Richtung derselben war natürlich stets eine centripetale.

Bei den meisten Patienten war nach 2—4 Massage-Sitzungen an den massirten Körpertheilen das Jucken völlig verschwunden,

bei anderen dauerte es zur Erzielung dieses Erfolges länger, es ergab sich dabei auch, dass die Raschheit der Einwirkung der Massage auf den Juckreiz nicht ganz parallel ging mit der Schwere der Erkrankung; setzt man mit der Behandlung völlig aus, so treten wieder Recidiven aus.

Zum Verständniss der Massage-Wirkung hat schon MURRAY die ganz plausible Erklärung gegeben, dass dieselbe auf einem mechanischen Wegdrücken des die Knötchen bildenden und auch die Papillen umgebenden Exsudates beruhe.

Unmittelbar nach der Massage erscheinen die Knötchen allerdings zwar förmlich geschwellt, geröthet, treten sehr distinct hervor, schwellen aber sofort wieder ab. *Dr. G. N.*

P. J. Möbius: Ueber Tabes bei Weibern. (Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. IV. Bd. 1893.)

Vor 9 Jahren hat Verfasser über Tabes bei Weibern geschrieben und hat 18 Krankengeschichten mitgetheilt. Es handelte sich darum, darzuthun, dass die Verhältnisse bei den Weibern nicht nur nicht gegen die ursächliche Beziehung zwischen Syphilis und Tabes sprechen, sondern dass gerade aus ihnen sich neue Gründe für diese Beziehung ergeben.

Der Verfasser gibt nun Auszüge aus 39 Krankengeschichten. Unter all diesen ist kein Fall zu finden, in dem die Syphilis unwahrscheinlich wäre. Gäbe es Tabes ohne Syphilis, so müsste doch, sagt Verfasser, die »tabische Jungfrau« auffindbar sein.

Das Alter der Erkrankten betrug im Mittel 37 Jahre (min. 28, max. 52 Jahre). Früher hatte ich als Mittel 32 Jahre gefunden. Aus allen 39 Fällen ergeben sich als Mittel 34·5 Jahre.

Das Intervall zwischen Infection und Tabesbeginn liess sich diesmal bei 18 annähernd bestimmen; es betrug im Mittel 9 Jahre (min. 5, max. 20 Jahre). Das frühere Mittel war 7 Jahre. Aus beiden Reihen ergeben sich also als Mittel 8 Jahre. *F.*

Dr. J. Heitzmann: Zur Anwendung der Mattoni'schen Moorextrakte in der Gynäkologie. (Sep.-Abdr. M. Ch. Ch. Bl. 1893.)

HEITMANN empfiehlt auf Grund eigener Erfahrungen die genannten Präparate, und zwar sowohl das feste (Moorsalz), als auch das flüssige (Moorlauge). Im letzteren überwiegt saures, schwefelsaures Natrium und Chlornatrium, in ersterem schwefelsaures Eisenoxydul. 1 *kg* Moorsalz oder 2 *kg* Moorlauge sind die als Zusatz zu einem Vollbad erforderlichen Dosen. Die Temperatur der Bäder möge 27—28 ° R. betragen, ihre Zeitdauer zuerst 10, später bis zu 25 Minuten erreichen. Die Bäder sollen nicht öfter als 2—3 Mal wöchentlich gebraucht werden. Meist genügen 10—15 Bäder, nur in besonders schweren Fällen (grosse Exsudatmengen) sind bis zu 30 Bäder erforderlich. Als Indikation für den Gebrauch der Bäder bezeichnet HEITZMANN: Anämie, Chlorose, chronische Metritis, Subinvolutio uteri, chronisch entzündliche Prozesse der Adnexe und des Uterus, insbesondere Residuen von peri- und parametritischen Exsudaten. Neben den Bädern sind auch Kataplasmen mit demselben Mittel empfehlenswerth. Endlich empfiehlt Verfasser noch für Erosionen etc. pulverisirtes Moorsalz, das er ebenfalls mit gutem Erfolge angewendet hat.

Dr. Aufrecht (Magdeburg): **Die Heilung der Pleuritis, insbesondere der Pleuritis acutissima (Fräntzel).** (Therapeutische Monatshefte. 1893.)

Schon vor 10 Jahren hat AUFRECHT das Acidum salicylicum zur Behandlung der Pleuritis empfohlen und hat diese Therapie bis jetzt stets eingehalten, da die Resultate vorzügliche waren. Es werden zunächst für die ersten 2—3 Tage — 6 *gr* täglich in Dosen zu 1 *gr* verabreicht, später kann die Dosis auf 3—4 *gr* herabgesetzt werden. Diese Menge soll durch 8—10 Tage weiter gegeben werden. Durch diese Behandlungsmethode wird das Heilungspercent der Pleuritis wesentlich gesteigert, die Behandlungsdauer bedeutend herabgesetzt.

Sollte diese Therapie nach 8 Tagen keine Verringerung des Exsudates bewirkt haben, so thut man gut daran, die Salicyldarreichung für die Dauer von zwei Tagen zu unterbrechen, dann aber in der angegebenen Weise nochmals durchzuführen. Die Wirkung der Salicylsäure fasst AUFRECHT in der Weise auf, dass es nicht als Diureticum wirke, sondern direct die Resorption befördere. Auf welche Weise dies erfolgt, kann AUFRECHT allerdings nicht erklären. Er weist nur auf das analoge Verhalten beim Gelenksrheumatismus hin. Schlägt die Salicyltherapie fehl, so tritt die Entleerung des Exsudates in Kraft. Zur Ausführung derselben empfiehlt AUFRECHT seinen Heberapparat. Eine eigene Besprechung widmet AUFRECHT der sogenannten Pleuritis acutissima (FRÄNTZEL). Es ist dies eine unter dem Bilde einer schweren Infectionskrankheit auftretende enorm rasche Exsutation in die Pleurahöhle. Früher gingen die meisten von dieser Krankheit ergriffenen Menschen zu Grunde und waren auch Punktionen stets erfolglos. AUFRECHT hat nur in zwei solchen Fällen sehr früh — am 3. resp. 5. Krankheitstage — schon die Rippenresection ausgeführt und beide Patienten gerettet. Er empfiehlt daher zur Behandlung der Pleuritis acutissima die möglichst frühzeitige Rippenresection. *J. S.*

Dr. Alfred Staub (Posen): **Ueber Pemphigus puerperalis und Pemphigus neonatorum.** Vorgetragen auf dem II. internat. dermatol. Congress am 10. September 1892. (Berliner klinische Wochenschrift, Nr. 49, 1893.)

Verfasser fand bei seinem Studium über den Pemphigus neonatorum eine gewisse ätiologische Beziehung dieser Erkrankung zu dem Zustand der Mutter des Neugeborenen. Er beschreibt folgenden Fall.

Eine Wöchnerin in der 3. Woche des Puerperiums lag in Folge offenbaren Verschuldens der Hebamme, die alle Regeln der Aseptik und Antiseptik in unverantwortlichster Weise vernachlässigt hatte, an einem schweren Puerperalfieber darnieder. Es bestanden neben hochgradigster Anämie Schüttelfröste, hohe Temperaturen, Diarrhoen, multiple Schwellungen der Gelenke. Daneben zeigte sich zuerst auf den Glutaeen, später auch an anderen Körperstellen eine Anzahl bis wallnussgrosser, mit hellem Serum gefüllter Blasen, die aus der gesunden, unverletzten, nicht gerötheten Haut emporgeschossen waren. Aehnliche Blasen fanden sich auch auf der Conjunctiva des rechten Auges. Das neugeborne Kind zeigte in reichlicher Menge ganz ähnliche, nur etwas kleinere Blasen in den verschiedensten Stadien der Entwickelung. Auf der Schleimhaut der Lippen, des Mundes und des Rachens fanden sich auch zahlreiche theils circumscripte, theils confluirende Erosionen. Dabei bestand keine Temperatursteigerung und war der Zustand des Kindes ein recht befriedigender und führte auch bald unter indifferenter Salbenbehandlung zur Heilung. Die Mutter genas nach schwerem, mehrwöchentlichen Krankenlager nach reichlicher Anwendung von Bädern und Analepticis.

Der infectiöse Ursprung dieses Blasenausschlages war in die Augen springend. Die Infection musste entweder intra partum durch den noch bestehenden Placentarkreislauf oder bald nach der Geburt von der Nabelschnur aus erfolgt sein.

In der Literatur finden sich zahlreiche Angaben über Epidemien von Pemphigus neonatorum (KAPOSI, HENOCH, ZECHMEISTER u. A.). Die Krankheit verlauft meist gutartig, doch fallen ihr auch manche Kinder zum Opfer. Oefter wurden solche Epidemien in der Praxis einer Hebamme beobachtet, die nach Suspendirung derselben erloschen.

Der Blaseninhalt wurde mehrfach bacteriologisch untersucht. SRELITZ hält den Staphylococcus pyogenes aureus für den Krankheitserreger.

Wie der oben beschriebene und andere Fälle (Verfasser führt noch 2 Fälle an, wo Kinder von an Puerperalfieber erkrankten Müttern den charakteristischen Blasenausschlag zeigten) beweisen, sind auch die einzeln vorkommenden Erkrankungen aller Wahrscheinlichkeit nach auf bacillären Ursprung durch puerperale Infection von Seiten der Mutter zurückzuführen. Der Pemphigus der Wöchnerinnen kann verchiedene Ursachen haben, doch sind auch hier in vielen Fällen bacterielle Einflüsse nicht zu bezweifeln.

Verfasser ermahnt schliesslich die praktischen Aerzte bei jedem Fall von Pemphigus neonatorum nach der Infectionsquelle (Hebamme) zu suchen, um weiteren Infectionen, sei es von neugeborenen Kindern, sei es von Wöchnerinnen, vorzubeugen. *B. S.*

Giovanni Cucco: Phenokoll. hydrochloric. gegen Malaria (Separat-Abdruck).

Das Phenocoll. hydrochloric. ist ein weisses Pulver (klein crystallinisch) von neutraler Reaction, löslich in $16^1/_2$ Theilen Wasser von 17° C. etc. etc.

Nachdem Professor PIETRO ALBERTONI, Bologna, die antipyretische Wirkung des Phenocolls constatirt hatte, kam er zuerst auf den glücklichen Gedanken, dieses Heilmittel gegen Malaria zu probiren, gegen welche Krankheit sich dasselbe als äusserst wirksam zeigte. Weitere Versuche damit stellten Dr. PRATI, Bergamo, Dr. NOVI, Alfonsine, Dr. VENTURINI, Cinigiano, auf den Vorschlag des Professors ALBERTONI hin, an und letzterer berichtete in der Academia Medico-Chirurgica zu Bologna in der Sitzung vom 4. December 1891 über 29 Fälle von Malaria, von denen 22 mit bestem Heilerfolg behandelt wurden.

Dr. CRISCIMANNO spricht sich sehr lobend über die Wirksamkeit des Phenocolls aus, in 5 Fällen von Sumpffieber heilte er 3 mit vorzüglichem Erfolg. — Verfasser selbst behandelte eine grosse Anzahl Malaria-Kranker.

In der Verabreichung hat Verfasser sich an die classische und rationelle Richtschnur des Gebrauches von Chininpräparaten gehalten. Verfasser verordnete vorzugsweise, dass das Heilmittel wenige Stunden vor Auftritt des Fiebers eingenommen wurde, weil Verfasser die Dauer von 12 Stunden zur Entfaltung der Wirksamkeit des Präparates im Organismus für nothwendig hielt. Zu wiederholten Malen hat Verfasser Versuche bei einer und derselben Person, andererseits an verschiedenen Personen, mit Chinin und Phenocoll., angestellt. — Verfasser muss gestehen, dass er gerade in diesem Jahre klinische Formen von Malaria angetroffen habe, die ausserordentlich beharrlich waren, leicht nach wenigen Tagen recidivirten und die sich auch gegen Chininbehandlung äusserst hartnäckig erwiesen.

Verfasser glaubt, dass auf diese Personen die schlechten hygienischen Verhältnisse einwirken, in denen sich ein grosser Theil seiner Patienten befand, — Verhältnisse, herbeigeführt durch Ueberanstrengung, Armuth und aussergewöhnlich missliche Umstände aller Art, welche oft die Entfernung der progressiven Zerstörung der rothen Blutkörperchen verhindert, durch welche die unnatürliche Beschaffenheit des Blutes veranlasst wird.

Von 84 Malariafällen hat sich Phenocoll. hydrochloric. als äusserst wirksam in 52 Fällen gezeigt; 21 waren von zweifelhafter Wirkung, in 4 Fällen war es ohne Wirkung. Ueber die weiteren 7 Fälle kann Verfasser bislang noch kein Urtheil fällen, da er mit seinen Beobachtungen noch nicht am Ziele ist.

Verfasser verordnet das Phenocoll in Dosen von 1 bis $1^1/_2$ *gr* pro die und $^1/_2$ *gr* pro dosi, ohne dass Störungen verursacht wurden. Bei einer Person, welche sich in den letzten Jahren durch den Gebrauch von Chinin eine Chininvergiftung (nach TOMMASELLI) zugezogen hatte, wurde das Phenocoll mit vorzüglichem Erfolg, ohne jegliche Störung zu hinterlassen, angewendet. Verfasser glaubt bestimmt, dass das Phenocoll. hydrochloric. das beste Ersatzheilmittel für Chinin ist. — In verschiedenen Fällen genügte eine einmalige Eingabe von Phenocoll. um das Fieber zu beseitigen.

Der Gebrauch dieses Heilmittels in Dosen von $^1/_2$ *gr* jeden 7. Tag ist das probateste Mittel gewesen, um die Krankheit abzuschneiden.

In Fällen, in denen Phenocoll. von zweifelhafter Wirkung sich zeigte, desgleichen Chinin, habe er diese beiden Präparate in Gemeinschaft gegeben, mit Erfolg angewendet.

Bei schwachen Personen hat Verfasser oft grosse Schweissabsonderung, Schlaftrunkenheit und grössere Depression beobachtet, selbst nachdem das Fieber beseitigt war.

Von Kindern wird Phenocoll. gern eingenommen, da sich der Geschmack leicht durch Zugabe süsser Mittel beseitigen lässt.

Unter dem Vorbehalt, dass Verf. die Fortsetzung seiner Arbeit in wenigen Monaten folgen lasse, kann er heute schon mit bestem Gewissen bezeugen, dass das Phenocoll. sich in den meisten Fällen von Malaria als wirksam, ohne Gefahr und ohne Beschwerden zu hinterlassen, erprobt hat. Sicherlich ist Phenocoll das beste Ersatzmittel für Chinin.

Dr. Carl Beck, (New-York): **Ueber Darmresection bei gangränösen Hernien.** (New-Yorker Med. Monatsschr., Juli, 1892.)

Verfasser gelangt auf Grund klinischer Erfahrungen und seiner im Jahre 1878 publicirten Thierversuche zu folgenden Schlüssen:

1. Bei gangränverdächtigem Darm ist derselbe vor die Bauchwunde zu ziehen, dort in geeignetes Verbandmaterial zu hüllen (Salicylgaze), um ihn zu controlliren und nach ein bis zwei Tagen zu reponiren oder reseciren. Dasselbe Verfahren findet bei schon eingetretener Peritonitis statt.

2. Bei positiver Gangrän, welche sich durch blauschwarz verfärbte Stellen und in meisten Fällen durch den Geruch manifestirt, ist eine ausgedehnte Darmresection auszuführen, welche selbst durch eine bereits bestehende Perforation nicht contraindicirt ist, vorausgesetzt, dass das anliegende Peritoneum noch ein gesundes Aussehen hat.

3. Das Haupterforderniss eines Erfolges liegt in der sicheren Behinderung jeglicher Infection.

Dieselbe wird erreicht.

a) Durch gründliche Desinfection der Umgebung.

b) Durch sorgfältige Vermeidung des Austrittes von Darminhalt in die Bauchhöhle.

4. Die Resection darf nur in gesundem Gewebe stattfinden, so dass man solche Wundflächen erhält, welche zu einer primären Verklebung geneigt sind.

5. Die Blutzufuhr vom Mesenterium muss auf das Sorgfältigste erhalten bleiben und ist deshalb keine Keilexcision vorzunehmen.

6. Zur Verhütung des Kothaustrittes sind die RYDYGIER'schen Compressoren zu verwenden.

7. Zur Enterorraphie ist die einfache LEMBERT'sche Naht nicht zuverlässig genug, wesshalb die CZERNY'sche Naht vorzuziehen ist.

8. Zum Nähen ist die Jodoformseide dem Catgut als einem zu nachgiebigen Material vorzuziehen.

9. Die Bauchhöhle muss während der Operation mit antiseptischer Gaze abgeschlossen werden, so dass das Operationsterrain vollständig extraabdominal gehalten ist.

10. Der Bruchring ist möglichst ausgedehnt zu dilatiren.

11. Die Desinfection des ausserhalb liegenden Darmstückes hat mit einer 2 pro mille Sublimatlösung zu geschehen, welcher eine Nachspülung mit Thiersch'scher Solution folgt.

12. Die Darmnahtstelle ist zur Sicherheit am Bruchring mit einigen Catgutnähten zu befestigen, damit sie leicht gefunden wird, falls die Symptome der Separation auftreten und die Bildung eines anus praeternaturalis nicht mehr zu vermeiden ist.

Dr. Clayton Parkhill: Lineare Craniotomie bei Mikrocephalie.

Dr. CLAYTON PARKHILL berichtet (Intern. Med. Magazine, November 1893) über zwei Fälle von Mikrocephalus, in denen er die lineare Craniotomie ausführte. In einem dieser zwei Fälle handelte es sich um einen 4 Jahre und 8 Monate alten Knaben, den der Autor als einen «hoffnungslosen Idioten» bezeichnet. Sein Kopf war ausgesprochen mikrocephal und konisch in Folge der mangelhaften Entwicklung der Tubera frontalia und parietalia. Unter antiseptischen Cautelen wurde zur rechten Seite der Medianlinie ein Stück Knochen entfernt, so dass die Oeffnung $6^1/_2$ Zoll in der Länge und $^3/_4$ Zoll in der Breite betrug. Am achten Tage trat Heilung per primam intentiouem ein. Innerhalb von 24 Stunden nach der Operation wurde der Gesichtsausdruck des Kindes ein besserer und es verlor die Unruhe, die für dasselbe früher so charakteristisch gewesen war. Nach Ablauf einer Woche spielte es fortwährend mit seinen Spielsachen und unterhielt sich stunden-

lang mit seinem Bilderbüchlein. 11 Wochen nach der ersten Operation wurde auch die linke Seite in einer ähnlichen Art operirt, mit Ausnahme des Umstandes, dass diesmal noch eine zweite Knocheníncision, $1^1/_2$ Zoll lang und $^1/_2$ Zoll breit, gemacht wurde, die sich nach abwärts gegen das Ohr hin erstreckte, und zwar von der Mitte der langen Knochenwunde aus; diese zweite Oeffnung wurde mit der Absicht gemacht, ihm das Sprachcentrum frei zu halten. Die Heilung per primam intentionem war am 10. Tage eine vollständige. Das Resultat der Operation war, dass aus dem kindlichen Idioten innerhalb dieser wenigen Monate ein ziemlich intelligentes Kind wurde. Das Kind entwickelte sich auch doppelt so schnell, als es sonst bei einem Durchschnittskinde unter normalen Verhältnissen der Fall ist.

In dem anderen Falle handelte es sich um ein 5 Jahre und 9 Monate altes Mädchen, das nicht im Stande war, auch nur ein einziges Wort auszusprechen, und das gar keine Zeichen der Intelligenz darbot. Der Schädel des Kindes hatte eher ein megalocephalisches als mikrocephalisches Aussehen; es stellte sich jedoch heraus, dass dies auf Rechnung der Dicke des Knochens kam, der im Bereiche des Operationsfeldes eine Dicke von $^1/_4$ bis zu $^1/_3$ Zoll zeigte. Der Knochen war so compact, dass die Platte der Zange während der Operation in ihrer Mitte gebrochen wurde. Die Incision in den Knochen mass volle 8 Zoll in der Länge und an Breite betrug sie ebensoviel wie in dem ersten Falle. Am 13. Tage, als die Wunde untersucht wurde, fand man sie vollkommen geheilt. Zur Zeit der Berichterstattung über diese Fälle war einige Besserung in den intellectuellen Fähigkeiten des Kindes eingetreten, und das Kind schien sich in einem ausgezeichneten physischen Zustande zu befinden. — Dr. PARKHILL bemerkt jedoch, dass es noch verfrüht sein würde, zumal wenn man erwägt, dass nur eine Seite operirt wurde, irgend eine bedeutende Besserung in diesem Falle zu erwarten. Verfasser meint, dass die Operationsmethode, die er befolgt hat, nämlich den Schädel in zwei grosse Knochenlappen zu theilen, die beste Methode für solche Fälle sei. *L. L.*

Franco (Neapel): **Klinischer Beitrag zur Pathogenese und Therapie des acuten Rheumatismus.** (Gazz. degli Ospedali, 16. Dec. 1893.)

In der Sitzung vom 29. November 1893 der «Società Medico-Chirurgica» in Neapel hat Prof. FRANCO über drei Fälle von acuter Polyarthritis berichtet. Im ersten Falle war das Fieber sehr hoch und es bestanden multiple Gelenksschmerzen.

Da die gewöhnlichen Mittel von keinem Nutzen gewesen sind, so wandte Verfasser die trockene Hitze an. Die Patientin genas nach fünf Applicationen. Dasselbe Resultat erzielte Verfasser in zwei anderen Fällen.

Die Anwendung der Hitze erfolgt durch einen eigens hiezu construirten Ofen, den der Verfasser für sicher wirkend und frei von jeder Gefahr hält. Die trockene Hitze wirkt besser als das Salicylnatron und besitzt die Nachtheile dieses letzteren nicht. Sie wirkt sicher bei den acuten Formen, bevor noch Alterationen sich eingestellt haben.

Aus diesem curativen Factum lässt sich die Pathogenese der fraglichen Affection ableiten. Der Vortragende tritt nämlich für die schon von CARDARELLI ausgesprochene Anschauung ein, wonach es nicht richtig sei, bei der Entstehung des Rheumatismus der cutanen Perfrigeration jede Bedeutung abzusprechen und die Krankheit als eine parasitäre Infection aufzufassen. Die Zurückhaltung von in den Geweben verarbeiteten toxischen Principien in Folge einer Erkältung muss als die erste Ursache der Affection betrachtet werden. *A. D.*

Massalongo und **Bonatelli** (Verona): **Ein Fall von pneumonischer Hemiplegie.** (Gazzetta d. Ospit. 1893, Nr. 55.)

Die pneumonischen Lähmungen treten entweder im Verlauf der Pneumonie oder später auf. Die pneumonische Hemiplegie ist die gewöhnlichste unter den Formen, die sich im Verlaufe der Krankheit zeigen, und man unterscheidet drei Arten: die der Alten, die der Erwachsenen und die der Kinder. Erstere hat als Ausgang den Tod infolge der Hirnerweichung; die zweite lässt eine günstige Prognose zu, sie geht rasch zurück, sie hat aber eine dunkle Pathogenese. Der von den Autoren beobachtete Fall gehört eben zu dieser Kategorie. Die Paralyse trat ohne Sensibilitätsstörungen auf, es gingen ihr Vomitus und Delirien voraus, auch ging sie mit Pulsus rarus und mit Anfällen von JAKSON'scher Epilepsie einher. Nach wenigen Tagen verschwand sie ohne irgend welche Folge zurückzulassen. In Bezug auf die Pathogenese acceptiren die Autoren keine der aufgestellten Theorien, ausgenommen diejenige, die eine toxische Ursache supponirt (vergleichbar mit derjenigen der urämischen Hemiplegie.) *A. D.*

Tiraboschi (Neapel): **Ueber einen seltenen Fall von Lebercirrhose.** (Giornale Internaz. d. Scienze Medice, Heft II, 1893.)

TIRABOSCHI beschreibt einen nicht gewöhnlichen Fall von vulgärer Cirrhose, sei es wegen des Verlaufs (Dauer circa 7 Jahre, während welcher Zeit 346 Paracentesen vorgenommen wurden), sei es wegen einiger Symptome (zu Beginn Hämatomesis, Hypertrophie des linken Leberflügels etc.), die vom Autor in eingehendster Weise besprochen wurden. Wenn man auch mit den Erklärungen und Deutungen, die der Verfasser den einzelnen Symptomen gibt, nicht durchwegs einverstanden sein kann, so verdient doch die sorgfältigst durchgeführte Arbeit TIRABOSCHI's eine ganz besondere Beachtung, und zwar nicht allein weil sie reich an Bemerkungen und Betrachtungen über die Aetiologie und Pathogenese der Lebercirrhose ist, sondern auch weil in ihr einige Experimente enthalten sind, die Anregung zu weiteren Untersuchungen über den so wichtigen Gegenstand geben können. Mit vollkommeneren Mitteln, als es die sind, über welche ein praktischer Arzt verfügt, könnte man vielleicht zu praktisch wichtigeren Ergebnissen gelangen. *A. D.*

Sheridan Delepine (Manchester): **Ueber künstlich erzeugte Tuberkulose und ihren diagnostischen Werth.** (Medic. Press, 1840).

Die Methode der künstlichen Ueberimpfung von Tuberkulose, zu diagnostischen Zwecken zuerst von VILLEMIN in die Medicin eingeführt, gerieth fast in Vergessenheit, seitdem es KOCH gelungen war, den Tuberkelbacillus selbst mittels seiner Tinctionsmethode in den ergriffenen Geweben nachzuweisen. Schon vorher hatte KOCH auf die Irrthümer hingewiesen, denen man bei der Ueberimpfungsmethode sowohl in Folge blos zufälligen Auftretens von Tuberkulose an den Versuchsthieren, als auch in Folge unsorgfältiger Manipulation bei Anstellung des Experimentes ausgesetzt ist. Gleichwohl macht die Schwierigkeit, mit der es oft verbunden ist, in Geweben oder in Excreten, welche nur wenig Bacillen enthalten, diese letzteren nachzuweisen, es wünschenswerth, wieder auf die alte Methode zurückzugreifen, um so mehr, als in solchen Fällen wohl ein positives Resultat der Untersuchung unumstösslichen diagnostischen Werth besitzt, einem negativen Befunde dagegen keinerlei Beweiskraft zukommt, in letzterem Falle vielmehr immer wieder von Neuem mit dem grössten Aufwande von Mühe und Geduld der Nachweis von Bacillen versucht werden muss.

Die Impfversuche wurden von DELEPINE unter allen antiseptischen Cautelen an 28 Meerschweinchen angestellt. Eine geringe Menge des suspecten Sputums oder einer daraus gewonnenen Reincultur wurde den Meerschweinchen an der Innenseite des Oberschenkels nahe dem Kniegelenke unter die Haut gespritzt. Die auf diese Weise behandelten Thiere wurden in verschiedenen Zeitperioden getödtet und die bis dahin entstandenen Veränderungen durch die Section festgestellt.

I. Dabei zeigte sich, dass sich Einimpfung von etwa dem 20. Theile einer nur 1 *mm* im Durchmesser haltenden Reincultur*) nach 12 Tagen die linken Kniegelenksdrüsen, die oberflächlichen Drüsen der linken Inguinal die linke Sublumbardrüse deutlich infiltrirt war. Die Milz und die Drüsen unterhalb der Leber zeigten Veränderungen geringeren Grades.

*) Die dazu verwendeten Culturen waren sehr virulent, der Bacillus war ausserhalb des Körpers durch mehr als 1 Jahr gezüchtet worden u. zw. durch 6 Monate auf Glycerin-Agar-Agar.

Nach 20 Tagen waren die gesannten Organe noch deutlicher, zum Theile käsig infiltrirt. Dazu gesellte sich Affection der Leber, der Mediastinal- und Bronchialdrüsen.

Nach 26 Tagen Infiltration der Subscapula- und der tiefgelegenen unteren Cervicaldrüsen, beginnende Veränderungen in den Lungen.

Nach 30 Tagen sicher zu constatirende Affection der Lungen beginnende Infiltration der rechten Inguinaldrüsen.

Nach 62 Tagen Uebergang der Infiltrate in käsige Nekrose in den meisten der früher genannten Organe, auch in Leber und Milz.

Nach 74 Tagen leichte Schwellung der rechten Sublumbardrüse, die rechten Knieekehlendrüsen zeigten sich noch intact.

Auffällig ist das späte Ergriffenwerden der Lymphdrüsen der anderen unteren Extremität (rechtes Bein), sowie der tiefer unten gelegenen Drüsen der rechten Körperhälfte. Eine Infiltration der rechten Poplitere und Inguinaldrüsen fand DELEPINE nach 97, ja nach 106 Tagen eben erst angedeutet. Hier befindet er sich im Gegensatze zu ARLOING (Congress pour l'Etude de la Tuberkulose 1888), der schon am 60. Tage nach geschehener Impfung Verallgemeinerung der Tuberkulose über den ganzen Körper angibt.

II. Nach der Impfung mit tuberkulosem Sputum traten ähnliche Veränderungen auch dann auf, wenn dasselbe Bacillen blos in sehr geringer Menge enthielt. Wenn die erhaltenen Resultate in manchen Einzelheiten auch nicht die absolute Constanz, wie nach Einimpfung von Reinculturen zeigten, so gelang es doch auch hier, diagnostisch werthvolle Momente festzustellen.

In der 2. Woche nach der Impfung (wieder am linken Beine), krankten sämmtliche Lymphdrüsen derselben Körperhälfte unterhalb des Zwerchfelles und die Milz.

Während der 3. Woche Leber, Mediastinal- und Bronchialdrüsen. Während der 4. Woche die Lungen, Cervical- und Capillardrüsen. Nach der 4. Woche zeigten sich die unterhalb des Zwerchfelles gelegenen Lymphdrüsen der rechten Seite in geringem Grade und langsam fortschreitend afficirt. Die Popliteal- und Inguinaldrüsen rechts entgiengen der Infiltration durch lange Zeit.

In zwei Fällen, wo zur Ueberimpfung Sputa von so geringem Bacillengehalte verwendet wurden, dass ihr mikroskopischer Nachweis zweifelhaft blieb, brach bemerkenswerther Weise sehr rasch Tuberkulose in grosser Ausbreitung aus. In einem dieser Fälle konnte aus der Milz des getödteten Thieres schon 3 Wochen nach der Impfung eine Reincultur von typischen Tuberkelbacillen gewonnen werden.

Dagegen war in anderen Fällen die Ueberimpfung von Sputis, die von Bacillen strotzten, von einer relativ milden Tuberkulose gefolgt.

Daraus schliesst DELEPINE, dass den Tuberkelbacillen in gewissen Fällen oder in gewissen Stadien der Entwicklung eine ganz besondere Virulenz eigenthümlich sei, worüber die Färbemethode nicht im Stande sei, Aufschluss zu geben. Für diese Fälle zeigt sich VILLEMIN'S Methode in bemerkenswerther Weise überlegen.

DELEPINE kommt zu nachstehenden Schlussfolgerungen:

1. Die Methode der Ueberimpfung von Tuberkulose gibt diagnostisch unzweideutige Resultate.

2. Die durch sie erhaltenen negativen Resultate besitzen gleiche Beweiskraft wie die positiven Resultate.

3. Die positiven Resultate geben über den Charakter der Erkrankung genaueren Aufschluss, als der mikroskopische Nachweis von Bacillen zu bieten im Stande ist.

4. Die Resultate können leicht in 2—3 Wochen erhalten werden. *W. Sch.*

Dr. Emanuel Kahn: Menstruationsanomalien in Folge von Botriocephalus latus und Einiges zu dessen Symptomatologie. Vortrag, gehalten am 12. October 1893 in der mediz. Gesellschaft zu Wilna. — (St. Petersb. medic. Wochenschr. Nr. 47, 1893.)

Das Ei des Botriocephalus latus entwickelt sich im süssen Wasser zum Embryo, der von Fischen namentlich Hechten (zuerst von Prof. BRAUN 1885 experimentell nachgewiesen) verschluckt und durch den Genuss derselben namentlich im rohen, gesalzenen Zustand auf den Menschen übertragen wird. Die Erkrankung an diesem Parasiten ist vor dem 10. Lebensjahre, wo Ascaris lumbricoides vorherrscht, ziemlich selten, nimmt jedoch von da mit dem wechselnden Alter zu und findet sich von der Art der Ernährung der Bevölkerung abhängig, besonders zahlreich in gewissen Gegenden wie Russland, Ostpreussen, Schweden, Schweiz, Japan etc.

Verfasser hatte in seiner Praxis in Narwa Gelegenheit zahlreiche Fälle zu beobachten, von denen er besonders folgenden wegen seines auffallenden Symptomencomplexes hervorhebt.

Es handelte sich um eine 19jährige Virgo, die bis Juni 1892 vollständig gesund und regelmässig menstruirt gewesen, von dem genannten Zeitpunkt angefangen jedoch an starken, bald nach 2, bald nach 3 Wochen unregelmässig sich wiederholenden, bis 8 Tage dauernden, mit heftigen Schmerzen verbundenen Blutungen litt, wobei auch einmal eine Fiebertemperatur von 39° beobachtet wurde. Patientin war blass, hatte ein leichtes anämisches Geräusch am Herzen, der Uterus (per anum untersucht) zeigte sich leicht vergrössert, in seiner Consistenz erweicht, bei Druck schmerzhaft. — Eisentherapie ohne Erfolg. Ol. Ricini wegen hinzutretender Stuhlbeschwerden gereicht, hatte den Abgang von einem $^1/_2$ Meter langen Botriocephalus zur Folge, der durch 4 *gr* Extr. Filic. mar. in seiner ganzen Länge ($6^1/_2$ Meter) sammt dem Kopfe abgetrieben wurde. Von da an schwanden sämmtliche Beschwerden, sowohl Menstruations- als Magen- und Darmstörungen der Patientin, um nicht wiederzukehren.

Von den verschiedenen Autoren werden als Symptome des Botriocephalus latus angegeben: nagender Schmerz in der Nabelgegend, Pupillenerweiterung, Unregelmässigkeiten im Stuhlgang, Erbrechen, verschiedenartige Krampfzustände (Chorea, Epilepsie, hysterische Krämpfe). REYHER, RUNEBERG, DEHIO u. A. beschreiben Fälle von progressiver perniciöser Anämie als Folge von Botriocephalusinvasion.

Verfasser beobachtete in seinen Fällen die oben erwähnten nagenden Schmerzen in der Nabelgegend, Gefühl von Völle und Druck im Mesogastrium, hie und da Pupillenerweiterung, bei nervösen, anämischen Personen Krampferscheinungen (in einem Falle bei einem 28jährigen Mädchen traten sogar maniakalische Anfälle mit folgenden hysterischen Weinkrämpfen auf, die nach Abtreibung des Parasiten vollständig schwanden) und schliesslich bei weiblichen Patienten stets Menstruationsanomalien, so dass er in Gegenden, wo Botriocephalus latus häufig vorkommt, bei Menstruationsstörungen zur genauen Untersuchung der Stuhlentleerungen auffordert. *B. S.*

Tagesnachrichten und Notizen.

* Universitäts- und Personal-Nachrichten. — Amsterdam. Dr. Salomonson hat sich als Privat-Docent für Neurologie und Elektrotherapie habilitirt.

— Belfast. Dr. W. H. Thompson wurde mit der neu gebildeten Professur für Physiologie am Queens-College bekleidet. An demselben College ist Dr. John W. Byers an Stelle des verstorbenen M. F. Dill zum Professor der Geburtshife und Gynäkologie ernannt worden.

— New-York. Dr. B. H. Wells wurde zum Professor der Gynäkologie an der New-York Policlinic and Hospital ernannt.

* Der 22. deutsche Aerztetag soll am 29. und 30. Juni 1894 in Eisenach abgehalten werden.

* Der für April 1894 in München vorausgesehene Congress für innere Medicin soll mit Rücksicht auf den vom 29. März bis 5. April 1894 tagenden internationalen Congress zu Rom in diesem Jahre ausfallen und auf die Osterferien 1895 verlegt werden.

* Paris. Die Akademie hat in ihrer letzten Sitzung ein Titularmitglied für die therapeutische Section gewählt. Laveran erhielt 59 von 79 Stimmen. Huchard erhielt 12, Blanchard 4, Ferrand 3 Stimmen.

* Rom. Die medicinische Ausstellung, welche in Rom gelegentlich des XI. Internationalen medicinischen Congresses stattfinden soll, wird vom 20. März bis 30. April dauern.

* Todesfälle. In Wien Dr. Adolf Heider, Privatdocent und Assistent am hygienischen Institute, 47 Jahre alt. — In Baden hat der Generalstabsarzt Dr. v. Mülleitner im Alter von 74 Jahren durch Selbstmord geendet.

* Cholera-Nachrichten. Oesterreich-Ungarn. Seit 17. December ist in Galizien weder ein Erkrankungs- noch ein Todesfall an Cholera constatirt worden. Die Gesammtzahl der seit 3. August bis 17. December in Galizien vorgekommenen Erkrankungen an Cholera asiatica beläuft sich auf 1448, von denen 848 mit Tod endeten. Die aus Ungarn vorliegenden Nachrichten lassen eine fortdauernde Abnahme der Zahl der Cholerafälle entnehmen. In der Zeit vom 6. bis 16. December sind in je 1 Gemeinde aus 4 Comitaten und in der Stadt Budapest zusammen 17 Erkrankungen und 8 Todesfälle an Cholera angezeigt worden. Auf die Stadt Budapest entfielen 4, auf eine Gemeinde im Comitate Bacs-Bodrogh 9 Erkrankungsfälle. — Türkei. In Constantinopel erkranken täglich circa 100 und sterben 30—40 Personen an Cholera.

Aerztliche Stellen.

Gemeindearztesstelle auf der Insel Solta (Dalmatien) mit 3200 Einw. nächst Spalato. Jahresgehalt 2000 fl., Gemeindepferd zur Verfügung. Hausapotheke unentbehrlich. Kenntniss der kroatischen oder einer slavischen Sprache nothwendig. Nähere Auskünfte ertheilt das Gemeindeamt Solta, an das die gehörig instruirten Gesuche zu richten sind.

Districtsarztesstelle in Toporów, Brodyer Bezirk (Galizien), mit 12 Gemeinden, 14.134 Einw. und 247 Qu.-Kilom. Flächenausmass. Gehalt 500 fl., Reisepauschale 300 fl. Gesuche sind bis Ende Jänner 1894 an den Bezirksausschuss in Brody zu richten.

Gemeindearztesstelle für den Sanitätssprengel Völs-Tiers des polit. Bezirkes Bozen (Tirol) mit 2280 Einw. Bezüge: 600 fl. Wartgeld, 40 fl. Quartiergeld und 50 fl. Beitrag von einem Privaten, überdies freie Benützung eines Gartens. Der Arzt ist verpflichtet, seinen Wohnsitz in Untervöls zu nehmen, eine Hausapotheke zu halten und zwei Tage in jeder Woche in Tiers zu ordiniren, ausserdem in beiden Gemeinden den Sanitätsdienst im Sinne der Dienstes-Instruction für Gemeindeärzte (L.-G. und V.-Bl. Nr. 8 ex 1885) auszuüben. Gehörig belegte Competenzgesuche sind bis längstens 31. Jänner 1894 an die Gemeidevorstehung in Völs zu richten. Auskünfte ertheilt Dr. Foppa, k. k. Bezirksarzt in Bozen.

Gemeindearztesstelle in der Stadt Feldsberg, Bezirkshauptmannschaft Mistelbach in Niederösterreich, ist vom 1. Februar 1894 an zu besetzen. Jahresgehalt 250 fl, dagegen ist die Behandlung der Ortsarmen und die Todtenbeschau unentgeltlich zu leisten. Bewerber, welche Doctoren der gesammten Heilkunde sein sollen, haben ihre gehörig belegten Gesuche bis 15. Jänner 1894 an das Bürgermeisteramt Feldsberg zu richten, das auch nähere Auskünfte ertheilt. Die Stadt Feldsberg zählt 450 Häuser und über 3000 Einwohner, ist der Sitz eines k. k. Bezirksgerichtes, Steueramtes und der fürstlich Johann Liechtenstein'schen Gutsverwaltung, hat eine 6classige Volksschule und eine n.-ö. Acker-, Obst- und Weinbauschule. In nächster Nähe liegen die Ortschaften: Bischofswart, Reinthal, Kotzelsdorf, Schwattenberg, Herrenbaumgarten und Garschönthal die ziemlich gross sind und keinen Arzt haben.

Districtsarztesstelle in Szczurowice, Brodyer Bezirk (Galizien), mit 22 Ortschaften, 22.300 Einw. und 390 Qu.-Kilom. Flächenausmass; 500 fl. Gehalt, 400 fl. Reisepauschale. Gesuche sind bis Ende Jänner 1894 an den Bezirksausschuss in Brody zu richten.

Prosectorstelle beim allgemeinen Krankenhause in Lemberg (Galizien). 1200 fl. Gehalt; 3 Quinquennalzulagen je 200 fl. Gesuche sind bis 15. Jänner 1894 an die Direction des allgemeinen Krankenhauses in Lemberg zu richten.

Mit dieser Nummer versenden wir Heft 10 des VII. Bandes der „Klinischen Zeit- und Streitfragen" enthaltend: „Ueber die Sonnenäther-Strahlapparate und deren therapeutische Verwerthung". Von Dr. Rudolf Lewandowski in Wien.

Mit nächster Nummer versenden wir das Inhaltsverzeichniss der «Internat. Klinischen Rundschau», Jahrgang 1893.

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

Druck und Verlag, Administration und Expedition: *M. Engel & Söhne*, Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.
Debit *Alfred Hölder*, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler, Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Für Inserate: Wien, I. Bez. Lichtenfelsgasse 9